

**Einwilligung bzgl. Der Erhebung/ Speicherung/ Verwendung/ Löschung/
Übermittlung meiner personenbezogener Daten gem. Art. 4 Nr. 2 der EU-
DSGVO**

Ich,
(Vorname, Nachname, Adresse, Geburtsdatum)

Erkläre mich damit einverstanden, dass gemäß § 73 (1b) DGB V

- Mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der beim Hausarzt zu führenden Dokumentationen und evtl. weiteren Behandlungen an meine Hausarzt übermittelt
- Mein behandelnder Arzt bei medizinischen Bedarf anderen Ärzten oder Leistungserbringern wie z.B. einem Labor meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung übermittelt
- Mein behandelnder Arzt bei meinen anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ausnahmsweise bei Abwesenheit meiner/s behandelnden Ärztin/Arztes ein anderer Arzt in der kieferorthopädischen Praxis Kenntnis nehmen kann von meinen personenbezogenen Daten, insbesondere von meinen Behandlungs- und Befunddaten und auf deren Grundlage meine Behandlung vornimmt.

Diese Einwilligung gilt bis zu einem Widerruf, d.h. sie gilt für jede Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und Befunde im oben beschriebenen Sinne.

Für die Verfolgung der oben beschriebenen Zwecke entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der Schweigepflicht.

Die Abgabe dieser Erklärung erfolgt freiwillig.

.....

Ort, Datum

.....

Patient/in
gesetzliche Vertreter

.....

gesetzliche Vertreter