

# PATIENTENEINWILLIGUNG BEHANDLUNGSVERHÄLTNIS

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten nur dann an Dritte weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung), oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben.

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (andere Ärzte, Kliniken, Zahntechniker, Abrechnungsgesellschaften) übermitteln zu dürfen bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

## EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei **Dr. Michael Holzem, Rheinstr. 94, 53332 Bornheim-Hersel** weitergeben dürfen :

- kooperierende zahntechnische/medizinische Labore
- mit-/weiterbehandelnde Zahn-/Ärzte
- die Abrechnungsgesellschaft ZA

**Ich bin damit einverstanden im Wartebereich namentlich aufgerufen zu werden:** \_\_\_\_\_

(Bitte hier  
handschriftlich  
JA oder NEIN  
Einfügen)

**Erinnerungsservice für wiederkehrende Vorsorge-Untersuchungen („Recall“) per :**

- Postkarte

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Hersel, den \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift