

# Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

---

Vorname, Name

erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Dr. Gunar Krause meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Mir wurde ein Informationsblatt zum Datenschutz in der Praxis ausgehändigt, zu welchem ich auch Rückfragen stellen konnte

- über den Umfang und die Art meiner Daten
- über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung
- über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Zahntechniklabore, die den Zahnersatz herstellen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Optional:

- Ich stimme der Nutzung meiner Daten zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere bin ich mit Informationen und Terminerinnerungen über den Behandlungsfall hinaus einverstanden.

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters