

**SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,**

die neuen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (Art. 32 EU-DSGVO) erlauben uns nur noch dann die Weitergaben von Patientendaten an Dritte, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung). In allen anderen Fällen, in denen im Rahmen der Behandlung die Weitergabe Ihrer Daten und Befunde notwendig wird, benötigen wir Ihre Einwilligung. Solche Anlässe zur Datenübermittlung können sein:

- Ihre Krankenkasse fordert die Begutachtung von Behandlungsplänen
- Ein weiterbehandelnder Kollege benötigt Befunde oder aktuelle Röntgenbilder
- Die Anfertigung von Zahnersatz durch ein Dentallabor erfordert die Weitergabe von Modellen

Die personenbezogenen Daten werden per Post oder per E-Mail als verschlüsselte Datei an den Empfänger versendet.

Im Folgenden können Sie uns Ihre Einwilligung zur Weitergabe von personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zwecke der Mit- oder Weiterbehandlung geben. **Ihr Einverständnis können Sie jederzeit widerrufen.**

.....  
Nachname

.....  
Name

.....  
Geburtsdatum

.....  
Krankenkasse

Hiermit gebe ich der Praxis **ZAHNMEDIZIN AXELRAD MUCH** meine Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten.

.....  
Ort, Datum Unterschrift Patientin/Patient oder gesetzlicher Vertreter