

Dr. (Uni. Bogotá) Alexander Gutmann · Hauptstr. 56 · 86405 Meitingen

Patientenname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: +49 8271 2402

Telefax: +49 8271 2413

E-Mail: [info@drgutmann.com](mailto:info@drgutmann.com)

Internet: [www.drgutmann.com](http://www.drgutmann.com)

### **Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Datum: \_\_\_\_\_

hiermit stimme ich folgendem zu:

- der Speicherung meiner personenbezogenen Daten durch die Praxis
- dass mein Zahnarzt die für mich betreffenden Behandlungsdaten, Befunde, Röntgenaufnahmen bei Zusatzversicherungen, zahntechnischen Laboren und Abrechnungsbüro (falls notwendig) anfordern und übermitteln darf
- dass mein behandelnder Arzt mit meinem Zahnarzt mich betreffende Befunde und Medikationen für eine adäquate und reibungslose Behandlungen absprechen darf
- dass jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis das Formular widerrufen werden kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)
- dass nach 10 Jahren meine Daten ordnungsgemäß vernichtet werden können nach dem § 10 Abs. 3 MBO (Allgemeine ärztliche Aufzeichnungen)

Bitte tragen Sie hier die Person ein, die Auskunft über Sie erhalten darf (z.B. Terminvergabe- oder absage, Rezeptabholung, etc.): \_\_\_\_\_

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Einwilligung der datenschutzrechtlichen Sicherung.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der Patientin/des Patienten bzw. bei  
Minderjährigen der/die Sorgeberechtigte\**

\* unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich,  
dass ihm das Sorgerecht allein zusteht, oder er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt

# Bitte komplett ausgefüllt abgeben!