

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener  
Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit.  
a DSGVO

Dr. med dent  
**utz maus**  
zahnarzt  
rheinstraße 7  
53639 Königswinter  
Tel: 02223-91680

Dr. med dent  
**christina maus**  
zahnärztin  
praxis@zahnarzt-maus.de  
www.zahnarzt-maus.de

### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz und Gebrauch Ihrer Daten ist uns wichtig. Zur Wahrung Ihrer Rechte benötigen wir Ihre Einwilligung für die Speicherung und Weitergabe Ihrer Daten im Praxis- und Behandlungsablauf.

Lesen Sie bitte diese Einwilligungserklärung sorgfältig durch.

Für Fragen wenden Sie sich gerne an unser Praxispersonal. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Vor-/Nachname Patient / Vor-/Nachname ges. Vertr.	
Adresse(n)	
Geburtsdatum Patient:	

(Bei minderjährigen Patienten auch die Daten des/der gesetzlichen Vertreter eintragen)

Ich stimme hiermit der **Speicherung meiner personenbezogenen Daten** für den Zweck

Durchführung und Verwaltung der zahnärztlichen Beratung, Terminvergabe und Behandlung, Abrechnung von GKV-Leistungen mit Stellen nach dem SGB V (insbesondere der KZV NR), Abrechnung von Privatleistungen, externe Abrechnung über Dienstleister, Erteilung erforderlicher Auskünfte

durch die Praxis zu.

**Die Patienteninformation wurde mir zur Kenntnis gegeben und auf Wunsch ausgehändigt.**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis ([praxis@zahnarzt-maus.de](mailto:praxis@zahnarzt-maus.de)) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Königswinter, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in /gesetzliche(r) Vertreter

### Unser Info-/Recall-System

Liebe Patientin, lieber Patient,

haben Sie Interesse an unserem Erinnerungsservice für den jährlichen Zahnarztbesuch? Dann darf ich Sie bitten, dies durch Ihre Unterschrift zu dokumentieren. Sollten Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich bitte an mich oder meine Mitarbeiterinnen. Wir antworten Ihnen gerne.

**Patient/in:** (Name und Adresse wie oben)

Ich bin bereit, an Ihrem Info-/ Recall-Service Mail, Telefon, Postkarte/Brief teilzunehmen. Nicht gewünschte Form bitte streichen. Dafür stimme ich der **Speicherung meiner personenbezogenen Daten** durch die Praxis zu.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis ([praxis@zahnarzt-maus.de](mailto:praxis@zahnarzt-maus.de)) widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Königswinter, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in /gesetzliche(r) Vertreter

**BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN!!**

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener  
Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit.  
a DSGVO

Dr. med dent **utz maus** rheinstraße 7  
zahnarzt 53639 Königswinter  
Tel: 02223-91680

Dr. med dent **christina maus** praxis@zahnarzt-maus.de  
zahnärztin www.zahnarzt-maus.de

### EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE/ DATENANFORDERUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) **übermitteln oder anfordern** zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich, (**Personen- und Adressdaten siehe Seite 1**)

ein, **dass Daten über die ärztliche Behandlung** aus bzw. an der/die Gemeinschaftspraxis Dres. Maus; Rheinstraße 7, 53639 Königswinter ([praxis@zahnarzt-maus.de](mailto:praxis@zahnarzt-maus.de)) an

- den weiterbehandelnden Arzt
- das Krankenhaus
- das Labor / Dentallabor

**weitergegeben bzw. angefordert werden dürfen.**

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 aufgeführten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

#### Einwilligung zur Anforderung Ihrer Daten

Königswinter, den \_\_\_\_\_  
Patient/in /gesetzliche(r) Vertreter

#### Einwilligung zur Weitergabe Ihrer Daten

Königswinter, den \_\_\_\_\_  
Patient/-in /gesetzliche(r) Vertreter