



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Im Rahmen Ihrer Behandlung sind Behandlungsdaten, Befunde, Röntgenbilder über Sie angefallen, die nur unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß an Dritte (z.B. weiterbehandelnde Ärzte) weitergegeben werden dürfen. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Wir möchten Sie daher bitten, sich diese Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zur Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten zu erteilen.

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung  
und  
Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht**

**zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gem. § 73 Abs. 1 b SGB V, Art. 12 ff  
DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG sowie Übermittlung von Röntgenbildern zur Weiterbehandlung  
nach § 28 Abs. 8 RöV**

Ich, .....  
Name Geburtsdatum  
.....  
Adresse PLZ Wohnort

erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass

die Zahnarztpraxis dental:fit Franke/Leopold/Sattelberg bei Erfordernis die im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung erhobenen und für meine Weiterbehandlung bei anderen Ärzten/Zahnärzten erforderlichen Behandlungsdaten / Befunde / Röntgenbilder an

.....  
.....

weiterleiten darf.

Ich bin damit einverstanden, dass die Weiterleitung der Behandlungsdaten, Befunde, Röntgenbilder ggfs. auch elektronisch per **verschlüsseltem Email-Versand** erfolgen kann.

**Für o.g. Fälle entbinde ich die behandelnden Zahnärzte ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine Befunde bzw. meine Röntgenbilder mitgeteilt bzw. weitergeleitet werden.**

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung freiwillig ist und ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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, DS-GVO).

Koblenz, den .....  
.....  
Unterschrift Patient/ bzw, gesetzlicher Vertreter