

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Diese Einverständniserklärung dient dem Schutz Ihrer persönlichen Daten vor dem Zugriff Unbefugter. Wir bitten Sie, sich diese genau durchzulesen und auszufüllen. Vielen Dank. Ihr Praxisteam

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z.B. Kostenträger(Krankenkasse), Fachzahnärzte, Hausärzte und Fachärzte übermittelt werden. Auch einer Übermittlung per Fax oder E-Mail wird zugestimmt.

Diese Einwilligung kann von mir jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift