



Praxis für Zahn-, Mund- & Kieferheilkunde
Dr. Markus Hoberg
Zahnarzt / Oralchirurgie
Am Gerbergraben 2b
57439 Attendorn

Einwilligung zur Anforderung und Weitergabe von Behandlungsunterlagen bzw. personenbezogener Daten

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer übermitteln oder von dort anzufordern zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung.

Die Übermittlung der Angaben unsererseits kann

- durch telefonische Auskunft
- per Post
- per E-Mail

erfolgen.

Auch können Ihre personenbezogenen Daten zu Zwecken der Qualitätssicherung herangezogen werden.

Nicht nur aus rechtlicher Verpflichtung, sondern darüber hinaus auch aus persönlicher Überzeugung verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten achtsam und sorgfältig. Ausführliche Informationen zur Datenverarbeitung finden Sie im Wartezimmer als Aushang oder erhalten Sie auf Wunsch von uns ausgehändigt. Unsere Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt gemäß DSGVO/BDSG und unseren Datenschutzhinweisen.

Ich

Vorname:

Nachname:

geboren am:

erkläre mich mit der Übermittlung meiner Daten in folgenden Fällen einverstanden bzw. nicht einverstanden:

- J N Auskünfte und Weitergabe von Behandlungsunterlagen (wie z.B. Röntgenbilder) an weiterbehandelnde Ärzte bzw. Fachärzte
- J N Auskünfte an weiterbehandelnde Krankenhäuser
- J N Beantwortung von Rückfragen meiner gesetzlichen bzw. privaten Krankenversicherung
- J N Beantwortung von Rückfragen der Berufsgenossenschaft
- J N die Weiterleitung von Rezepten an Apotheken
- J N die Übergabe von Rezepten, Röntgen- und Behandlungsunterlagen an eine von mir bevollmächtigte Person: _____
- J N die Anforderung personenbezogener Daten und Unterlagen ihrerseits bei o.g. Einrichtungen

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Datum und Unterschrift des Patienten / d. entscheidungsberechtigten Zahlungspflichtigen