

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht über eine Datenübermittlung

Name Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Name Erziehungsberechtigter: _____

Ich als gesetzlicher Vertreter / Vertreterin, entbinde die Zahnarztpraxis im Zentrum für Kinder und Jugendzahnheilkunde im Joho, Kölnstr. 54, 53111 Bonn, Tel.: 0228-41027678.

von seiner / ihrer Schweigepflicht gegenüber

meiner/s Hausärztin / Hausarztes, Kinderärztin / Kinderarzt

Name: _____ PLZ Ort: _____

dem Krankenhaus zum Zwecke der Weiterbehandlung

Name: _____ PLZ Ort: _____

dem weiterbehandelnden Arzt / Zahnarzt (zum Zwecke der Weiterbehandlung):

Name: _____ PLZ Ort: _____

Und erkläre mich damit einverstanden, dass alle Informationen zu meinen Behandlungen / Behandlungsunterlagen mitgeteilt werden dürfen. Diese beinhalten :

Anamnese

Untersuchungen

Befunde / Untersuchungsergebnisse

Diagnosen / Verdachtsergebnisse

Röntgenbilder

Therapien / Wirkungen der Therapien

zahnärztliche Eingriffe / Wirkungen

Einwilligungen / Aufklärungen

Arztbriefe

Ich willige ein, dass die Zahnarztpraxis im Zentrum für Kinder- und Jugendzahnheilkunde im JoHo meine personenbezogenen Daten / die personenbezogenen Daten des von mir vertretenen Patienten gemäß der genannten Auflistung an die genannten Dritten übermittelt. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten / die Gesundheitsdaten der von mir vertretenden Person und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten entbinde ich die Zahnarztpraxis im Zentrum für Kinder- und Jugendzahnheilkunde im JoHo gegenüber den genannten Dritten sowie bezogen auf die genannten Informationen von der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Verarbeitung meiner Daten über den genannten Zweck wird ausdrücklich nicht stattfinden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). 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 S. 2 DS-GVO).

BITTE WENDEN!

Ich wünsche eine Kopie der Einwilligungserklärung Ja Nein

Ort, Datum:

Name/ Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten

gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. a & Artikel 7 DS-GVO

Terminerinnerung

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Sehr geehrte(r) gesetzliche(r) Patientenvertreter(in),

in unserer Praxis führen wir einen Erinnerungsservice über Doctolib und telefonisch durch. Dazu benötigen wir eine Einwilligungserklärung von Ihnen.

ich wünsche eine Terminerinnerung *Handynummer:* _____

ich wünsche keine Terminerinnerung *Email:* _____

Wir weisen Sie daraufhin, dass für fest reservierte Termine bei Nichterscheinen bzw. nicht rechtzeitiger Absage (48 Std. vor Termin), eine Ausfallgebühr in Höhe von 75 € je angefangener halben Stunde, bei ITN 250 € geltend gemacht wird, falls dieser Termin nicht anders vergeben werden kann (nach §615BGB).

Ich willige in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten des von mir vertretenen Patienten ein, diese werden nur zu diesem Zweck genutzt und verarbeitet. Eine darüber hinausgehende Verarbeitung meiner Daten zu einem anderen Zweck findet ausdrücklich nicht statt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). 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 S. 2 DS-GVO)

Ort, Datum

Name / Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in

Erinnerungsservice (Recall)

Wenn in unserer Praxis zeitlich möglich, versuchen wir unseren Patienten einen Recall-Service anzubieten.

Sofern Sie an der Teilnahme am Recall für Kontrollen/Prophylaxen interessiert sind, für den von Ihnen vertretenden Patienten, benötigen wir diesbezüglich eine Einwilligungserklärung von Ihnen.

ich wünsche eine Teilnahme am Recall-Service

ich wünsche keine Teilnahme am Recall-Service.

Ich willige in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten des von mir vertretenen Patienten ein, diese werden nur zu diesem Zweck genutzt und verarbeitet. Eine darüber hinausgehende Verarbeitung meiner Daten zu einem anderen Zweck findet ausdrücklich nicht statt.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DS-GVO). 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 S. 2 DS-GVO).

Ort, Datum

Name / Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in