

Einwilligung zum Austausch von Patientendaten
in Praxisgemeinschaften

Hiermit willige ich - Vorname Name, geb. am: __.__.__, wohnhaft in
_____ - ein, dass mein behandelnder Zahnarzt / meine behandelnde
Zahnärztin

Dr. med. dent. Christian Nacke
Dr. med. dent. Sylvia Nacke

die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit dem/den
Kollegen bzw. der/den Kollegin/nen aus der hiesigen Praxisgemeinschaft sämtliche erforderlichen
medizinischen und sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person austauschen darf,
soweit dies für meine Behandlung erforderlich ist.

Diese Einwilligung umfasst auch die in der Praxisgemeinschaft tätigen Hilfspersonen
(Sprechstundenhilfen, Fach- und Laborangestellte).

Meine Daten verbleiben auf dem System der Praxis und werden nur innerhalb des
Patientenberatungsprogrammes genutzt.

Meine Einwilligung ist freiwillig. Sie ist jederzeit schriftlich beim Praxisinhaber mit Wirkung für die
Zukunft widerrufbar. Wenn ich nicht einwillige oder meine Einwilligung widerrufe, entstehen für mich
keine Nachteile.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten
Daten verlangen kann. Darüber hinaus habe ich das Recht auf Mitnahme dieser Daten sowie Rechte
auf Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung und Löschung dieser Daten. Mein Ansprechpartner
ist dabei der Praxisinhaber. Ich habe das Recht, mich bei der zuständigen
Datenschutzaufsichtsbehörde zu beschweren, wenn ich der Meinung bin, dass meine
personenbezogenen Daten nicht richtig verarbeitet werden.

__ . __ . ____, Unterschrift Patient/Patientin/gesetzlicher Vertreter