

## **Datenschutzverordnung**

Aufgrund der neuen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 gesetzlich dazu verpflichtet ihre schriftliche Einwilligung für die Verarbeitung ihrer Patientendaten einzuholen.

**Patient/in:**

Name	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Abstimmung weiterer medizinischer Maßnahmen zu.

Auskünfte und patientenbezogene Unterlagen/ Röntgenbilder dürfen nur an Ärzte/ Zahnärzte, sowie an Krankenkassen, Gutachter, Zahntechnische Labore weitergeleitet werden, wenn dies Ihrer Behandlung dient.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass 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 DSGVO).

Witzenhausen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient/in