

## ENTBINDUNG SCHWEIGEPFLICHT

### HINTERGRUND

Unsere Praxis nimmt die **Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) und der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen** (Art. 32 EU-DSGVO) sehr ernst. Informationen über Sie und Ihren Gesundheitszustand werden von uns nur mit Ihrer Einwilligung oder aufgrund einer entsprechenden Rechtsgrundlage erhoben, verarbeitet oder genutzt. Wir möchten sicherstellen, dass Sie genau wissen, wer was, wann und bei welcher Gelegenheit über Sie erfährt und diese Daten nicht an unbefugte Dritte gelangen. Im Rahmen Ihrer Behandlung benötigen wir daher folgende Schweigepflichtentbindung.

### PATIENT

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Versicherter: \_\_\_\_\_ Versichertenr.: \_\_\_\_\_

### ANLASS DER DATENÜBERMITTLUNG

- Meine private/gesetzliche Krankenversicherung fordert eine Begutachtung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes an.
- Mein Zahnarzt benötigt aktuelle Röntgenbilder.
- Im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung benötigt ein Mitbehandler Behandlungsunterlagen.
- Sonstiger Anlass: \_\_\_\_\_

### FOLGENDE PERSONENBEZOGENE DATEN SIND ZU ÜBERMITTELN

- |   |   |  |                                |
|---|---|--|--------------------------------|
| <input type="radio"/> Patientendaten wie oben angegeben | <input type="radio"/> Befund              |  |                                |
| <input type="radio"/> Orthopantomogramm                 | <input type="radio"/> Fernröntgenseitbild | <input type="radio"/> Handwurzelaufnahme | <input type="radio"/> Zahnfilm |
| <input type="radio"/> Modelle                           | <input type="radio"/> Fotos               | <input type="radio"/> Splints            | <input type="radio"/> _____    |

### EMPFÄNGER

Firma/Praxis: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

### ÜBERMITTLUNGSWEG

- persönlich       Post       unverschlüsselte E-Mail\*       verschlüsselte E-Mail

\* Ich bin mir darüber im Klaren, dass eine unverschlüsselte E-Mail über das Internet übertragen wird und auf dem Weg von Dritten eingesehen werden kann.

**ERZIEHUNGSBERECHTIGTE/R** (nur bei Personen unter 18 Jahren auszufüllen)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**

Ich erkläre ich ...  Wir erklären wir ...

ausdrücklich mein/unser Einverständnis zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten zum Zwecke der Mit- und Weiterbehandlung auf dem angegebenen Übermittlungsweg. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Eine Kopie der Einwilligungserklärung ist mir ausgehändigt worden.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift