

**Datenschutzrechtliche Einwilligungs-  
erklärung für die Verarbeitung perso-  
nenbezogener Patientendaten gemäß  
Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO (Muster)**

**Dr. I. Maaß & S. Held  
Kieferorthopädinnen  
Lauterstr. 16 · 12159 Berlin  
Tel. 030 851 80 16**

**Patient/in:**

Name, Vorname	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck *der kieferorthopädischen Behandlung und der Praxisorganisation und Abrechnung* durch die Praxis zu.

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).

**X** \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Patient/in / Erziehungsberechtigte/r / Versicherte/r

### **Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht für die Weitergabe von Unterlagen an den/ die weiterbehandelnde/n Zahnärztin/Zahnarzt**

Hiermit entbinde ich die Praxis: Dr. I. Maaß und S. Held von ihrer ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden, dass meine zahnärztlichen Behandlungsunterlagen (Behandlungsblätter, Röntgenbilder, Modelle etc.) an die/den weiterbehandelnde/n Zahnarzt/in, \_\_\_\_\_ übersandt werden.

Ich erkläre mich des Weiteren damit einverstanden, dass meine Kieferorthopädin oder Ihr Personal der/dem o.g. weiterbehandelnde Zahnarzt/in auf Anforderung weitere Auskünfte über die betreffende Behandlung erteilt.

**X** \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Patient/in / Erziehungsberechtigte/r / Versicherte/r

### **Einwilligung zum Austausch von Patientendaten in Praxismgemeinschaften**

Hiermit willige ich ein, dass meine behandelnde Kieferorthopädin die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten darf und vertretungshalber mit den Kolleginnen aus der hiesigen Praxismgemeinschaft 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 Praxismgemeinschaft tätigen Hilfspersonen (Sprechstundenhilfe, Fach- und Laborangestellte)

**X** \_\_\_\_\_  
Berlin, den

**X** \_\_\_\_\_  
Patient/in / Erziehungsberechtigte/r / Versicherte/r

### **Zusatz Anamnesebogen:**

Damit wir Sie für Rückfragen, bei Heil- und Kostenplangenehmigungen, Terminabsprachen oder Rechnungsfragen kontaktieren dürfen benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung und Ihre Daten auf dem Anamnesebogen.

**X** \_\_\_\_\_  
Berlin, den

**X** \_\_\_\_\_  
Patient/in / Erziehungsberechtigte/r / Versicherte/r