zahnarztpraxis hanft

Patientenerklärung zum Datenschutz

Einverständnis zur „Übermittlung der Behandlungsunterlagen“

Ich _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass

☐ mein behandelnder Zahnarzt meine Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde an folgende weiterbehandelnden / überweisenden Zahnarzt oder Hausarzt übermitteln darf.

_____

Name des Zahnarztes oder Arztes

☐ meine Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde an mich selbst via

- ☐ per Post
- ☐ Telefax
- ☐ verschlüsselte/unverschlüsselte E-Mail

übermittelt werden dürfen.

☐ mein behandelnder Zahnarzt Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden müssen, von folgenden Überweisern (Ärzten oder Zahnärzten) anfordern darf.

_____

Name der Überweiser

☐ Meine Befunde/Rezepte, zur Übermittlung an mich selbst, auch an folgende Personen mitgeteilt/ausgehändigt werden können:

_____

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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).

Name, Vorname (Unterschrift)	Datum

Für Rückfragen steht Ihnen das Team der Zahnarztpraxis Hanft jederzeit gern zur Verfügung.

Zahnarztpraxis Dr. Hanft Ihre Praxis für digitale Zahnmedizin in Groß-Umstadt

Zahnarztpraxis Hanft
Dr. med. dent. Andreas Hanft
Heinrich-Ritzel-Str. 16
64823 Groß-Umstadt

Service-Telefon 06078 3100
Kontakt: info@zahnarzt-hanft.de

www.zahnarzt-hanft.de
Ihre Praxis für digitale Zahnmedizin
in Groß-Umstadt