

**Einwilligungserklärung
 zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten**

Name	Vorname	Geb.-Datum
Versicherten-Nr.	Krankenkasse	Patienten-Nr.

1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie der Zahnarztpraxis Martin Sadeh die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.
- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte
	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen)	Umfang der Herausgabe von Informationen:
	<input type="radio"/> Nur Rezepte
	<input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

3. Widerruf

Ich bin darüber informiert worden, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird.

Ort, Datum	Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters
------------	---