

**Schnutenwerk**  
**DR. A. MARLIANI & DR. V. ANGERHAUSEN**  
**ZAHNÄRZTINNEN**  
**Arnoldstraße 13 e/f , 47906 KEMPEN**

DSFB-05-55

**Schriftliche Einwilligung gemäß**

**Datenschutzgrundverordnung**

**(DSGVO)**

**Patient**

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Die in der Praxis erhobenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsort, Telefonnummer, Anamnese usw., die allein zum Zwecke der Behandlungsdurchführung notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen bedarf es regelmäßig der Einwilligung des Betroffenen. Eine solche Einwilligung können Sie im Folgenden Abschnitt **freiwillig** erteilen.

**Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen und behandlungsbezogenen Daten in der Praxis gespeichert, verarbeitet und an die Krankenkasse/Beihilfe weiter gegeben werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
[Ort, Datum] [Unterschrift des Patienten]

Ich entbinde mit meiner Unterschrift die Praxis  
**DR. A. MARLIANI und DR. V. ANGERHAUSEN, Arnoldstraße 13 e/f, 47906 Kempen** von der zahnärztlichen Schweigepflicht gegenüber allen für die Mitbehandlung und Weiterbehandlung notwendigen Praxen und Krankenhäuser sowie der zahnärztlichen Abrechnungsstelle, Zahnärztekammer, zahntechnischen-Laboren, Apotheken und meinen Familienangehörigen.

\_\_\_\_\_  
[Ort, Datum] [Unterschrift des Patienten]

**Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.**

Alle weiteren Informationen, entnehmen Sie bitte unserer DSGVO Patienteninformation (DSFB-05-20)

**Schnutenwerk**  
**DR. A. MARLIANI & DR. V. ANGERHAUSEN**  
**ZAHNÄRZTINNEN**  
**Arnoldstraße 13 e/f , 47906 KEMPEN**

DSFB-05-55

**Schriftliche Einwilligung gemäß**

**(DSGVO)**

**Datenschutzgrundverordnung**

**Rechte des Patienten: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht**

Sie sind gemäß Art. 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Praxis um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Art. 16 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Praxis die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können nach Art 17 DSGVO die Löschung oder die Einschränkung der Verarbeitung lt. Art. 18 DSGVO Ihrer personenbezogenen Daten verlangen. Zusätzlich verpflichten wir uns Ihnen mitzuteilen, wenn wir Daten in diesem Sinne verarbeitet haben (Art. 19 DSGVO).

Nach Art. 20 DSGVO es steht Ihnen zu Ihre Daten von uns zum Zwecke der Übertragung an Dritte zu erhalten.

Der Ar. 21 DSGVO gesteht Ihnen das Recht zu der Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Der Ar. 21 DSGVO gesteht Ihnen das Recht zu der Datenverarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu widersprechen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.