



LANGNER ZAHNÄRZTE

Behandlungs- und
Diagnostikzentrum

Martin Langner
Stephan Langner

Lauenhäger Straße 24
31655 Stadthagen

Tel. 05721-927 984
Fax 05721-927 983
info@langner.biz
www.langner.biz

Weiterleitung von Befunden und Röntgenbildern

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Im Rahmen Ihrer Behandlung sind Behandlungsdaten, Befunde, Röntgenbilder über Sie angefallen, die nur unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Vorschriften in dem jeweils erforderlichen Maß an Dritte (z.B. weiterbehandelnde Zahnärzte/Ärzte) weitergegeben werden dürfen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder wenn Sie eingewilligt haben.

Daher bitten wir Sie, sich diese Einwilligungserklärung durchzulesen und Ihre Zustimmung zur Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten zu erteilen.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden gem. § 73 Abs. 1 b SGB V, Art. 12 ff DSGVO i. V. m. §§ 32 ff BDSG sowie Übermittlung von Röntgenbildern zur Weiterbehandlung nach § 85 Abs. 3 StrlSchG

Ich,

Name, Vorname Patient/in geb. am

Straße Postleitzahl/Wohnort

erkläre mich ausdrücklich einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Martin Langner und Stephan Langner bei Erfordernis die im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung erhobenen und für meine Weiterbehandlung bei anderen Zahnärzten/Ärzten/Heilpraktikern erforderlichen Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenbilder an weiterbehandelnde Zahnärzte/Ärzte/Heilpraktiker weiterleiten darf. Ich bin damit einverstanden, dass die Weiterleitung der Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenbilder gegebenenfalls auch elektronisch per verschlüsseltem E-Mail-Versand erfolgen kann.

Für o.g. Fälle entbinde ich die behandelnden Zahnärzte ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht und erkläre mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten, Befunde und meine Röntgenbilder mitgeteilt bzw. weitergeleitet werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Zustimmung freiwillig ist und 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).

Stadthagen, den _____

(Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter)