

## Einwilligung zur Datenübermittlung (Schweigepflichtsentbindung)

---

Name des Patienten / der Patientin, Geburtsdatum

---

Anschrift

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Behandlungsdaten / Befunde (z.B. Arztbrief, Untersuchungsergebnisse, Röntgenbilder, Therapien, Medikation) durch meinen behandelnden Arzt der MKG-Praxis

**Ja**    **Nein**   zum Zweck der Dokumentation oder weiteren Behandlung an meinen Hausarzt oder weiterbehandelnden Arzt übermittelt werden.

**Ja**    **Nein**   zum Zweck der Weiterbehandlung an das Krankenhaus übermittelt werden.

Weiterhin erkläre ich mich einverstanden,

**Ja**    **Nein**   dass meine Behandlungsdaten bei Bedarf an ein kooperierendes Labor (z.B. Histologie/ Pathologie oder Zahnlabor) übermittelt werden.

**Ja**    **Nein**   Mit einer Übermittlung meiner Röntgenbilder per E-Mail an mit- oder weiterbehandelnde Stellen bin ich einverstanden. Es wird dabei ausschließlich die Patientennummer übertragen, kein Name und keine anderen personenbezogenen Daten.

**Ja**    **Nein**   Mit der Weitergabe von Behandlungsunterlagen (z.B. Rezepte, Berichte, Röntgenbilder) an Angehörige, Betreuer oder beauftragte Personen im Bedarfsfall.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit – im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben – die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten verlangen.

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen werden.

---

Ort, Datum

Unterschrift: Patient/-in bzw. gesetzlicher Vertreter