



**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1 SGB V**

Ich, (Patientenname und Geburtsdatum).....  
erkläre mich einverstanden, dass

- meine Zahnärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiterer Behandlungen anfordert
- meine Zahnärztin mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Datenverarbeitung und Rechtsgrundlage für die Verarbeitung, auch z.B. aus Art. 6 Abs. 1 DS-GVO (Erfüllung eines Vertrages), vertraulich an folgende Dritte weiterleitet:
  - Labore: Synlab MVZ Regensburg/ Synlab MVZ Weiden
  - Fachärzte
  - Krankenhäuser
  - Seniorenheime
  - Pflegedienste
  - Physiotherapeuten

Art der erhobenen Daten sind z.B. persönliche Angaben (Name, Adresse, Geburtsdatum), Gesundheitsdaten, Versichertendaten.

**Folgende Personen berechtige ich dazu Rezepte, Befunde o.ä. für mich abzuholen:**

.....

**Dauer der Datenspeicherung und Löschfristen:**

Die Daten der Patientenakte werden gemäß §630 f Abs. 3 BGB für mindestens 10 Jahre gespeichert.

**Recall**

Ich möchte unverbindlich an meine Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen erinnert werden per:

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Datum, Unterschrift:

.....