

**Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**
(§ 73 Abs. 1 b SGB V)

Name, Vorname des / der Patienten/in

Pat-Nr.

Vollständige Anschrift

Geburtsdatum des / der Patienten/in

Name des / der Erziehungsberechtigten (bei minderjährigen Patienten)

- Eltern andere(r) Erziehungsberechtigte(r)
- bei einer gerichtlich angeordneten Betreuung, Name des Betreuers:

Name, Vorname

Geburtsdatum

falls abweichende Anschrift

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die MKG Chirurgie Bamberg-Haßfurt bzw. der behandelnde Arzt meine Patienten- und Behandlungsdaten/Befunde bzw. die entsprechenden Daten meines Kindes bzw. der betreuten Person gemäß EU-Datenschutz-Grundverordnung erhebt, verarbeitet und speichert, bei Laboruntersuchungen die notwendigen Daten an die Laboratorien übermittelt, sowie bei Bedarf die Daten an Stellen, wie in der Patienteninformation zur DSGVO beschrieben, weiter gibt. Insbesondere dürfen die Behandlungsdaten/Befunde zum Zwecke der weiteren Behandlung an den Hauszahnarzt und an weiterbehandelnde Ärzte übermittelt oder die zur Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten / Befunde dort erhoben und verarbeitet / genutzt werden.

Von der Patienteninformation zum Datenschutz habe ich Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzl.
Vertreters, bei Vorliegen einer Betreuung des
Betreuers)**Ich erkläre mich einverstanden, dass für Terminerinnerungen und Kontrolluntersuchungen sowie für Terminänderungen telefonisch Kontakt aufgenommen werden darf.**

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzl.
Vertreters, bei Vorliegen einer Betreuung des
Betreuers)**Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit und ohne Angaben von Gründen widerrufen kann.**

Ort, Datum

Unterschrift
(bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzl.
Vertreters, bei Vorliegen einer Betreuung des
Betreuers)