

Patient(in) [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Praxis:

geb.: [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#) [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Einverständnis zur „Übermittlung der Behandlungsunterlagen“

Ich _____
Name, Vorname, Wohnort

Telefonnummer / E-Mailadresse (falls notwendig)

erkläre mich einverstanden, dass

mein behandelnder Zahnarzt meine Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde an folgende weiterbehandelnden / überweisenden Zahnarzt oder Hausarzt übermitteln darf.

Name des Zahnarztes oder Arztes

meine Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde an mich selbst via

per Post

Telefon

verschlüsselte E-Mail (mir ist bekannt, dass auch verschlüsselte E-Mails durch Dritte unbefugt abgefangen und eingesehen werden könnten)

Nur im Falle eiliger Übermittlung:

unverschlüsselte E-Mail (mir ist bekannt, dass der unverschlüsselte Versand von E-Mails nicht sicher ist und durch Dritte unbefugt abgefangen und eingesehen werden könnte)

FAX

übermittelt werden dürfen.

mein behandelnder Zahnarzt Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden müssen, von folgenden Überweisern (Ärzten oder Zahnärzten) anfordern darf.

Name der Überweiser

Meine Befunde/Rezepte, zur Übermittlung an mich selbst, auch an folgende Personen mitgeteilt/ausgehändigt werden können:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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).

Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung „Übermittlung von Behandlungsunterlagen“

Patient(in) [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#) Praxis:

geb.: [Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.](#) [Klicken Sie hier, um Text einzugeben.](#)

Einverständnis zur „Übermittlung der Behandlungsunterlagen“

Ich _____
Name, Vorname, Wohnort

Telefonnummer / E-Mailadresse (falls notwendig)

erkläre mich einverstanden, dass

mein behandelnder Zahnarzt meine Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde an folgende weiterbehandelnden / überweisenden Zahnarzt oder Hausarzt übermitteln darf.

Name des Zahnarztes oder Arztes

meine Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde an mich selbst via

per Post

Telefon

verschlüsselte E-Mail (mir ist bekannt, dass auch verschlüsselte E-Mails durch Dritte unbefugt abgefangen und eingesehen werden könnten)

Nur im Falle eiliger Übermittlung:

unverschlüsselte E-Mail (mir ist bekannt, dass der unverschlüsselte Versand von E-Mails nicht sicher ist und durch Dritte unbefugt abgefangen und eingesehen werden könnte)

FAX

übermittelt werden dürfen.

mein behandelnder Zahnarzt Behandlungsunterlagen, Röntgenbilder und Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden müssen, von folgenden Überweisern (Ärzten oder Zahnärzten) anfordern darf.

Name der Überweiser

Meine Befunde/Rezepte, zur Übermittlung an mich selbst, auch an folgende Personen mitgeteilt/ausgehändigt werden können:

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail 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).

Datum, Unterschrift

Einverständniserklärung „Übermittlung von Behandlungsunterlagen“