

**Einwilligungserklärung nach der EU-Datenschutz-  
Grundverordnung (DSGVO) mit Wirkung vom 25.05.2018**

**Nachname, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie an:**

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Dr. John, die für meine Behandlung erforderlichen Daten, Befunde, Fotos, Röntgenbilder und Berichte zum Zweck der von ihr zu erbringenden Leistungen erheben und verwenden darf. (\*1)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden von der Zahnarztpraxis Dr. John wie folgt kontaktiert zu werden z.B. für Terminvereinbarungen, -erinnerungen, halbjährliche Prophylaxe-Erinnerungen usw. (Mehrfachnennungen möglich):

- Telefon  
 E-Mail  
 Post

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass mir meine Rechnungen unverschlüsselt per E-Mail zugestellt werden.

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Daten, Befunde, Fotos, Röntgenbilder und Berichte an die unten angegebenen Stellen weitergeleitet bzw. von diesen Stellen verarbeitet werden dürfen, sofern dies für ihre Behandlung notwendig ist (bitte zutreffendes ankreuzen):

Zahnärztliche Auskunftspflicht, Abrechnung (\*1):

- Kassenzahnärztliche Verrechnungsstelle (bei gesetzlich versicherten Patienten)  
 Private- bzw. gesetzliche Krankenversicherung

Zahntechnische Laboratorien:

- Abformungen, Modelle, Registrare und weitere Hilfsmittel zum Zwecke der Anfertigung zahntechnischer Arbeiten

Fachzahnärztliche Behandlung:

- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen/ Oralchirurgen  
 Kieferorthopäden  
 Spezialisten für Teilbereiche der Zahnmedizin (Endodontie, Parodontologie etc.)

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Dr. John, die für meine Behandlung erforderlichen Daten, Befunde, Fotos, Röntgenbilder und Berichte zum Zweck der von ihr zu erbringenden Leistungen bei Vorbehandlern und anderen medizinischen Leistungserbringern (zahntechnische Laboratorien, Physiotherapeuten, etc.) anfordern darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Der Widerruf bedarf der Schriftform.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient