

## Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten laut Art. 7 DS-GVO



### Liebe Patientinnen und Patienten, Liebe Eltern,

den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Aus diesem Grund verarbeiten wir keine Ihrer Daten, welche nicht zum Zwecke des Behandlungsvertrages benötigt werden. Diese verarbeiten wir nur, wenn Sie von Ihrem Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) Gebrauch machen, wenn wir Ihre Daten von anderen einfordern oder wenn Ihre Daten aus einem Zweck verarbeitet werden sollen, welcher für die Erfüllung des Behandlungsvertrags nicht notwendig ist. Dafür benötigen wir jedoch Ihre Einwilligung (Art. 7 Abs. (1) DS-GVO).

Sie haben die Möglichkeit, uns für die folgenden Datenverarbeitungsverfahren **einzel**n Ihre Einwilligung zu erteilen (Art. 7 Abs. (2) DS-GVO). Kreuzen Sie dafür bitte zutreffendes an und unterschreiben Sie auf dem dafür vorgesehenen freien Feld:

### Bitte beachten Sie,

- dass Sie jederzeit und ohne Angabe von Gründen das Recht haben, jede einzelne oder alle Einwilligung/en, unabhängig von den anderen angekreuzten Einwilligungen, widerrufen zu können (Art. 7 Abs. (3) DS-GVO).
  - *Um eine Einwilligung zu widerrufen, können Sie unser vorgefertigtes Formular ausfüllen oder uns eine kurze schriftliche Mitteilung zukommen lassen.*
- dass alle Ihre eingewilligten Datenverarbeitungsverfahren bis zum Tage Ihres Widerrufs Gültigkeit besitzen. Durch Ihren Widerruf können die bereits durchgeführten Datenverarbeitungsverfahren, welche bis zum Tag des Widerrufs durchgeführt wurden, nicht rückwirkend widerrufen werden (Art. 7 Abs. (3) DS-GVO).
- dass jede Ihrer Einwilligung auf freiwilliger Basis ist (Art. 7 Abs. (4) DS-GVO).
- \*Bei einer Einwilligung von Eltern für ihr Kind gilt: Grundsätzlich ist die Einwilligung von beiden Elternteilen einzuholen. Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch seine Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.

**Ich (Name, Geburtsdatum, Adresse, Wohnort)**

---

**erkläre mich für mich und/oder mein(e) Kind(er) (Name)**

---

**einverstanden, dass**

- an folgende **Angehörige/Personen** die personenbezogenen (Behandlungs-)Daten, nach Feststellung der Identität, weitergegeben werden dürfen:

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

- per Telefon  per Fax  per E-Mail  per Post
- 

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher  
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter\*

- die personenbezogenen Daten per Post (Postkarte) im Rahmen des Recalls verarbeitet werden dürfen, damit keine wichtigen Termine zur halbjährlichen Kontrolle vergessen werden.



Art der Daten
Name, Vorname, Adresse, indirekte Information, dass Sie und/oder Ihre Kinder bei uns Patient/in sind

---

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher  
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter\*

- die personenbezogenen (Behandlungs-)Daten per Telefon, Fax, E-Mail oder Post im Rahmen der zahnmedizinischen/ kieferorthopädischen (Weiter-)Behandlung an **weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte übermittelt** werden dürfen.



Art der Daten
Name, Vorname, Geburtsdatum, evtl. Patientenummer, Befund, Diagnose, Therapiemaßnahmen, Röntgenbilder, mögliche Komplikationen und evtl. weitere wichtige medizinische Informationen, welche für die (zahn)ärztliche Weiterbehandlung eine Rolle spielen könnten.

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher  
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter\*

### An die folgenden Ärzte dürfen die personenbezogenen Daten **übermittelt** werden:

**(Kinder-)Hausarzt:**

Name / Adresse:

---

**Zahnarzt:**

Name / Adresse:

---

**Kieferorthopäde:**

Name / Adresse:

---

**Kieferchirurg:**

Name / Adresse:

---

**Logopäde:**

Name / Adresse:

---

**HNO-Arzt:**

Name / Adresse:

---

**Physiotherapeut:**

Name / Adresse:

---

**Sonstige Ärzte / Klinik:**

Name / Adresse:

- die personenbezogenen (Behandlungs-)Daten per Telefon, Fax, E-Mail oder Post im Rahmen der zahnmedizinischen/ kieferorthopädischen (Weiter-)Behandlung von **weiter- bzw. mitbehandelnde Ärzte** angefordert werden dürfen.



Art der Daten
Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, evtl. Telefonnummer, Befunde, Diagnose, Therapiemaßnahmen, Röntgenbilder und/oder andere evtl. wichtige medizinische Informationen, welche für die zahnärztliche Weiterbehandlung eine Rolle spielen könnten z. B. bestimmte Erkrankungen.

Ort/Datum

Unterschrift Patientin/Patient/gesetzlicher  
Vertreter/Betreuer/Bevollmächtigter\*

**Von den folgenden Ärzten dürfen die personenbezogenen Daten angefordert werden:**

**(Kinder-)Hausarzt:**

Name / Adresse:

---

**Zahnarzt:**

Name / Adresse:

---

**Kieferorthopäde:**

Name / Adresse:

---

**Kieferchirurg:**

Name / Adresse:

---

**Logopäde:**

Name / Adresse:

---

**HNO-Arzt:**

Name / Adresse:

---

**Physiotherapeut:**

Name / Adresse:

---

**Sonstige Ärzte / Klinik:**

Name / Adresse:

---