

## Schriftliche Einwilligung gemäß Datenschutzverordnung (DSGVO)

Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU- Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Daten an Dritte (Hauszahnärztin, Hauszahnarzt, Kieferorthopäde, Dermatologe) weiterleiten.

- Hiermit willige ich ein, dass meine Befunde, Therapievorschlage, Behandlungsabläufe, sowie Röntgenbilder an meinen behandelnden Arzt weitergeleitet werden dürfen.
- Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Am Mühlenviertel Medizinisches Versorgungszentrum GmbH die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meiner(m) Hauszahnärztin/ Hauszahnarzt, Kieferorthopäde oder Dermatologe einholen darf.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (Patient/in)

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum:

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Hauszahnärztin/ Hauszahnarzt/ Kieferorthopäde/ Dermatologe/Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patientin/ Patient od. gesetzlicher Vertreter

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.