

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung** für die Verarbeitung personenbezogener Patientendaten gemäß Artt. 6, 7 Abs. 1 lit. a DSGVO

Dr. Edith Hernichel-Gorbach  
Zahnärztin  
Master of Science - Univ. of Texas, USA  
Bahnhofstr. 40, 65185 Wiesbaden  
Tel.: 0611/30 34 00, Fax: 30 49 66  
E-Mail: praxis@hernichel-gorbach.de

**Patient/in:**

Name	
Geburtsdatum oder Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck:

- *zahnärztliche Untersuchung und Behandlung*

durch die Praxis zu.

Darüber hinaus stimme ich der Übermittlung meiner personenbezogenen Daten und Behandlungsunterlagen (z.B. Röntgenbilder) im Rahmen von Arztbriefen, Überweisungsschreiben oder vergleichbar erforderlichen Stellungnahmen an Mitbehandler, Gutachter und nach Einholung einer Entbindung von der Schweigepflicht bei Bedarf an Erstattungsstellen, wie privaten Krankenversicherungen und der kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) zu.

Ich bin damit einverstanden, dass für die von der Praxis durch zu führende Buchhaltung und steuerrechtlichen Abrechnung meine personenbezogenen Daten, soweit notwendig und für die Durchführung dieser Aufgaben erforderlich, an den Steuerberater/Wirtschaftsprüfer, der die Praxis betreut, weiter gegeben werden.

Ich bin damit einverstanden, dass die Übermittlung der personenbezogenen Daten via E-Mail, SMS, auf anderen digitalen Übertragungsmedien, wie CDs oder Sticks oder per Post oder Fax erfolgt.

Diese Zustimmung kann ich jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen (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).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in