

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

Zahnärzte am Küchengarten  
Aaron Boruchov & Kollegen  
Limmerstraße 15, 30451 Hannover

Patient/in:

Name, Vorname, Geburtsdatum	
Adresse	

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten (einlesen der Krankenkarte, evtl. Foto, Anamnesebogen) für den Zweck der zahnärztlichen Behandlung durch die Praxis zu.

Ich entbinde meinen Zahnarzt von der Schweigepflicht gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V gegenüber meinen anderen behandelnden Fach / - Ärzten und Therapeuten Befunde / Röntgenbilder im Rahmen der Zweckbestimmung ( Zahnärztliche Behandlung ) unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen zu übermitteln bzw. zwecks Behandlung einzuholen.

Sowie gegenüber meiner Krankenkasse, den zahntechnischen Laboren, Laboren für Keimbestimmungen und den Abrechnungsgesellschaften (gesondertes Formular).

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis 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. 3 Satz 2 DSGVO).

Hannover, den

-----

Unterschrift des Patienten oder des Erziehungsberechtigten