**Einwilligung zur Verwendung patientenbezogener Daten**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Patient/in Geburtsdatum**

Patientenbezogene Daten in anonymisierter Form können für folgende Zwecke verwendet werden:

1. Besprechung im Behandlerteam:

Für eine optimale Diagnostik, Therapie und Betreuung ist der Austausch zwischen den einzelnen Behandlern und

Teammitgliedern von Bedeutung.

1. Praxisinterne Unterrichtsveranstaltungen:

Als weiterbildungsberechtigte Praxis haben wir eine Reihe von Unterrichtsverpflichtungen für die in

Weiterbildung befindlichen Zahnärzte durchzuführen. Der Einsatz von z.B. Fotoaufnahmen kann helfen,

Krankheitsbilder besser zu erkennen, zu behandeln und Behandlungsverläufe zu beurteilen.

1. Praxisexterne Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen:

Für Fort- und Weiterbildung von Zahnärzten außerhalb der Praxis werden Seminare, Curricula und Workshops

veranstaltet. Auch hier sind patientenbezogene Daten ein Grundbaustein des Informationsaustausches.

1. Publikationen und Studienzwecke:

Patientenbezogene Daten können für wissenschaftliche Publikationen (ggf. Dissertationen) in anonymisierter Form verwendet werden.

Ich bin über den Zweck (z.B. zur Verbesserung diagnostischer und klinischer Prozesse, für Aus-, Fort- und Weiterbildung und ggf. zu Forschungszwecken) von der Verwendung patientenbezogener Daten und Unterlagen durch

Frau\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aufgeklärt worden.

Mir wurden alle Fragen zu dieser Thematik vollständig beantwortet.

Ich kann meine Zustimmung jederzeit, ohne Erklärung und Nachteile für meine Behandlung schriftlich an die Praxis zurückziehen.

Bei Widerruf erkläre ich mich bereit, das schon zuvor gewonnene Material, Unterlagen und Daten zur Auswertung freizugeben (bitte Zutreffendes ankreuzen):

□ Ja □ Nein

Ich wurde darüber aufgeklärt und stimme freiwillig zu, dass meine Daten und Unterlagen bzw. die unseres Kindes anonymisiert unter Beachtung der gesetzlichen Schweigeverpflichtung und der datenschutzrechtlichen Bestimmungen weiterverwendet werden können.

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

Datum Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte

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

Datum Unterschrift Zahnärztin

*Bitte unterschrieben zurück*

**Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten**

**Patient**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Straße, Hausnr. |  |
| PLZ / Ort |  |

□ Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung / oder der meines Kindes, notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an

**Zahnarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Adresse  (Straße, PLZ, Ort) |  |
| Telefonnummer |  |

zu.

Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

□ Ich stimme hiermit zu, dass meine behandelnde Kieferorthopädin die für meine Behandlung / oder die meines Kindes erforderlichen Daten und Befunde bei meinen Ärzten

**Zahnarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Adresse  (Straße, PLZ, Ort) |  |
| Telefonnummer |  |

**Hausarzt**

|  |  |
| --- | --- |
| Name |  |
| Adresse  (Straße, PLZ, Ort) |  |
| Telefonnummer |  |

einholt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich

widerrufen kann.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

*Bitte unterschrieben zurück*