

**Einwilligungserklärung zur Aufnahme und Verarbeitung  
von Patientendaten und deren Austausch**

Hiermit willige ich,

.....

Name Patientin / Patient

für meine Tochter, meinen Sohn,

..... ein,

Name Patientin / Patient

dass meine behandelnde Zahnärztin, Frau Dr. Andrea Franke, die Patientendaten erfassen, elektronisch verarbeiten und bei Bedarf mit einem ärztlichen / zahnärztlichen Kollegen sämtliche erforderlichen medizinischen / zahnmedizinischen und sonstige meine Person betreffende Daten austauschen darf, soweit sie für die Behandlung und somit zur Erfüllung des Behandlungsvertrages erforderlich sind.

Diese Einwilligung gilt auch für die in der Praxis tätigen, angestellten Mitarbeiter.

Marktheidenfeld, .....

.....

Ort, Datum

Unterschrift Patientin / Patient / Bevollmächtigter \*

In die Patientenschutzinformation zur Datenverarbeitung können Sie jederzeit Einsicht nehmen. Wenden Sie sich bitte an unsere Anmeldung.

\* Bei einer Einwilligung von Eltern für Ihr Kind gilt: Unterschreibt ein Elternteil alleine, erklärt dieser durch Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht alleine zusteht oder dass er vom anderen Elternteil bevollmächtigt wurde, für diesen die Erklärung abzugeben.