



Einverständniserklärung des Patienten

Name in Druckschrift

Datenschutz / Verarbeitung von personenbezogenen Daten

Ihre Behandlungsdaten werden in unserer MKG-Chirurgischen Praxisklinik in Papierform (Karteikarte) und elektronisch erfasst und gespeichert; sie unterliegen dem am 25. Mai 2018

in Kraft tretenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)).

Patientenerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass in der MKG-Chirurgischen Praxisklinik und von deren Mitarbeiter meine Daten verwendet werden können und meine Daten im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Aufbewahrungsfrist aufbewahrt werden dürfen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass alle Mitarbeiter der MKG-Chirurgischen Praxisklinik der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen.

Zudem bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich selber über Praxisabläufe und andere Patientenbehandlungen in der MKG-Chirurgischen Praxisklinik, der absoluten Verschwiegenheit verpflichtet bin.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter



Einwilligung zur Datenweiterleitung

Ich gebe meine Zustimmung, dass die MKG-Chirurgische Praxisklinik und deren Mitarbeiter meine Patientendaten zwecks Behandlung, Diagnostik oder der Anordnung und Durchführung medizinischer/zahnmedizinischer Maßnahmen an:

Pathologie:

- ZPZ – Zentrum für Pathologie und Zytodiagnostik, Emil-Hoffmann-Str. 7a, 50996 Köln
- MVZ SYNLAB Leverkusen GmbH, Paracelsusstr. 13, 51375 Leverkusen
- Dr. Staber & Kollegen GmbH, Schönkirschener Str. 78, 24149 Kiel

Dentallabor:

- Wagner Dentallabor GmbH, Klosterrather Weg 26, 53332 Bornheim
- MDH AG Mamisch Dental Health, Schenkendorfstr. 29, 45472 Mülheim a.d.R.
- Abel-Chappell GmbH, Kölnstr. 59, 53757 St. Augustin

und/oder an den **Hauszahnarzt** weiterleiten dürfen.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass die oben genannten Firmen und deren Mitarbeiter der gesetzlichen Schweigepflicht unterliegen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligungserklärung jederzeit schriftlich oder per E-Mail widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Unterschrift gesetzlicher Vertreter