



Übermittlung von Patientendaten (insbesondere digitale Röntgenbilder, Fotos) Einverständniserklärung zur Befund- und Datenübermittlung per E-Mail

Patient: _____

Selbstverständlich ist uns sehr an der Sicherheit im Umgang mit Ihren Daten gelegen, hierzu kann eine gesonderte Vorlage betreffend der Patienteninformation zum Datenschutz ausgehändigt werden.

Wir nutzen die verschlüsselte Datenübertragungsmöglichkeit der KZV Hessen, wenn wir Ihre Patientendaten von einer/m Kollegin/Kollegen anfordern oder sie an diese weiterleiten.

Sollte dieser gegenseitige Übertragungsweg nicht zur Verfügung stehen, so können die Daten mittels verschlüsselter Übertragung per E-Mail versandt werden. Obwohl diese Informationen auf gesicherten Systemen verarbeitet werden, ist ein lückenloser Schutz der Daten vor fremdem Zugriff nicht vollumfänglich möglich bzw. zu versichern.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, erhobene zahnärztliche Befunde und digital erstellte Röntgenbilder, an weiterbehandelnde Ärzte/Zahnärzte auf Anforderung per E-Mail zur Verfügung zu stellen.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, erhobene zahnärztliche Befunde und digital erstellte Röntgenbilder, die meine Person betreffen an meine private E-Mail Adresse zu versenden.
- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, erhobene zahnärztliche Befunde, Modelle, Abformungen und digital erstellte Bilder, unserem Zahnlabor betreffend z. B. Zahnfarbe- und Form zur Verfügung zu stellen

Mir ist bekannt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7Abs. 3 DSGVO).

Datum: _____

Unterschrift: _____