

## DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Name:

Geburtsdatum:

### Einwilligung Datenerhebung

Ich stimme hiermit der Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Diagnosefindung, der Therapieplanung, der Behandlung, der Nachkontrollen und ggf. des Datenaustausches zwischen dieser Praxis und anderen diagnostik- oder behandlungsbeteiligten Ärzten, Zahnärzten, Kliniken oder Laboren zu.

### Einwilligung zum Austausch von Patientendaten und Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit willige ich ein, dass alle Mitarbeiter der Praxis die erhobenen Patientendaten elektronisch verarbeiten dürfen und die sonstigen personenbezogenen Daten in Bezug auf meine Person miteinander, mit mir und mit meinen Ärzten und meinem Zahnarzt austauschen dürfen. Zur Übermittlung von Daten werden diese verschlüsselt.

### Einwilligung zur Gewebeuntersuchung

Hiermit gebe ich mein Einverständnis, dass mir im Rahmen einer Operation evtl. entnommene Gewebe pathologisch untersucht werden.

Die Gewebeuntersuchung findet im Diagnostische Pathologie Potsdam – DREILINDEN, Albert-Einstein-Ring 22 EUROPARC, 14532 Kleinmachnow statt. Privatversicherte Patienten erhalten von dieser Praxis eine Rechnung, die in der Regel vollständig von der Versicherung übernommen wird.

### Einwilligung zur Fotodokumentation und -speicherung

Hiermit willige ich ein, dass Fotodokumentation von Behandlungsverläufen für wissenschaftliche Zwecke, besonders Vorträge und Veröffentlichungen ausschließlich für Fachpublikum verwendet werden dürfen.

**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 auf Grund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt ( Art.7 Satz 2 DSGVO)**

Ort, Datum

Unterschrift des o.g Patienten/  
Erziehungsberechtigte/r