



dentimedicum Hamburg MVZ GmbH  
Kleekamp 18  
22339 Hamburg  
Tel. 040 – 59 91 64

[www.dentimedicum.de](http://www.dentimedicum.de)  
[empfang@dentimedicum.de](mailto:empfang@dentimedicum.de)

Liebe Patientin, Lieber Patient,

wir heißen Sie in unserer Praxis herzlich willkommen!

Damit wir für Sie alle aus Anlass Ihres Besuches in unserer Praxis erforderlichen anamnestischen, diagnostischen und therapeutischen Untersuchungen und sonstigen Maßnahmen (Verordnung von Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln, Krankschreibungen etc.) erbringen können, benötigen wir von Ihnen eine Vielzahl persönlicher und gesundheitsbezogener Informationen. Auch im Hinblick auf die Kooperation und Korrespondenz (z.B. Arztbrief) mit Dritten, beispielsweise Ihrem Hausarzt, anderen Fachärzten, Therapeuten, Pflegediensten oder stationären Einrichtungen, bei denen Sie ebenfalls in Behandlung sind, bedarf es einer gesonderten und ausdrücklichen schriftlichen Zustimmung Ihrerseits. Diese Informationen untereinander sind bei der Erbringung unserer ärztlichen und pflegerischen Leistungen notwendig und sinnvoll. Selbstverständlich gilt auch bei dieser Übermittlung Ihrer Daten die ärztliche Schweigepflicht. Daher dürfen wir Sie auch im eigenen Interesse bitten, die nachstehende Einwilligungserklärung aufmerksam zu lesen und zu unterzeichnen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## **Einwilligungserklärung**

Ich ....., geb.....

erkläre mich damit einverstanden, dass das o.g. MVZ die mich betreffenden Gesundheitsdaten (insbesondere Untersuchungs- und Behandlungsdaten, Befunde) und personenbezogene Daten an die im Rahmen meiner Behandlung beteiligten Dritten (insbesondere Hausarzt, behandelnde Fachärzte, Krankenhäuser, Pflegedienst, Pflegeeinrichtung, Krankenkassen, Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen) zum Zwecke der durchzuführenden Dokumentation und der ärztlichen Leistungserbringung übermittelt.

Ich erkläre mich außerdem damit einverstanden, dass das o.g. MVZ die für meine Behandlung erforderlichen Untersuchungs- und Behandlungsdaten und Befunde bei meinem Hausarzt und anderen mich behandelnden Ärzten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen erhebt und für die Zwecke der Behandlung speichert, verarbeitet und nutzt.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass das o.g. MVZ die für meine Behandlung bei anderen Ärzten erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde auf Anforderung an diese übermittelt.

Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung ganz oder teilweise jederzeit für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum, Unterschrift