



Zustimmung

zur Nutzung, Einsichtnahme und die Einstellung von elektronischen Daten
in die elektronische Patientenakte (ePA)

Ich _____
Name Vorname

geboren am _____
Geburtsdatum

wohnhaft _____
Straße PLZ Ort

erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Zahnarztpraxis

Zahnarztpraxis Dr. Jens Rosenlöcher, Brüderstr. 42, 13595 Berlin,

meine elektronische Patientenakte (ePA) im Rahmen meiner zahnärztlichen Behandlung nutzen darf. Mit meiner Unterschrift ermächtige ich die Zahnarztpraxis dazu, im Rahmen meiner Behandlung auf meine ePA zuzugreifen, um eine optimale medizinische Versorgung sicherzustellen und insbesondere folgende Handlungen vorzunehmen:

Das Auslesen von gesundheitsrelevanten Daten und Informationen, die in meiner ePA gespeichert sind, unter anderem den Medikationsplan, Informationen zu bestehenden Erkrankungen, Diagnosen, laufenden Therapien sowie bildgebende Diagnostik (Röntgen) vom Kopfbereich.

Das Speichern von relevanten Behandlungsdaten in meiner ePA, insbesondere

- Bonusheft (einmalig u. jährlich wiederkehrend)
- Daten zur Unterstützung des Medikationsprozesses
- Befunddaten aus bildgebender Diagnostik
- Befundberichte
- Daten zu Laborbefunden
- elektronische Arztbriefe

Wenn Behandlungsdaten erhoben werden, die auf meiner ePA abgespeichert werden, werde ich darüber informiert und kann der Speicherung zustimmen oder sie ablehnen. Mir ist bewusst, dass ich jederzeit das Recht habe, meine Einwilligung zur Nutzung der ePA zu widerrufen. Ein solcher Widerruf hat zur Folge, dass meine Zahnarztpraxis keinen Zugriff mehr auf meine ePA hat und keine weiteren Daten speichern oder abrufen darf.

Berlin, den _____
Datum

Unterschrift