



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

**Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten  
an Praxisnachfolger/in**

**Patient/in:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigte/r:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Erklärung der/des Versicherten:**

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Weiterbehandlung durch die Zahnarztpraxis Dr. Carolin Böting, Eichkopffallee 55a, 65835 Liederbach zu.

Zum Zweck der Weiterbehandlung darf die vorgenannte Zahnärztin Einsicht in meine Patientenakte inklusive Röntgenaufnahmen des Praxisvorgängers Dr. Bernd Gauweiler nehmen und eine Kopie weiterverwenden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-Mail widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in