

Einwilligung in die Weitergabe gespeicherter Daten – Schweigepflichtentbindung –

Zur Bearbeitung Ihres Anliegens und/oder zur weiteren Prüfung kann es erforderlich sein, den Vorgang zuständigkeitshalber weiterzuleiten. Gegebenenfalls werden hierbei Ihre Daten zu Zwecken benötigt, die über den originären Beratungszweck hinausgehen.

Die Einwilligung zur Weitergabe Ihrer personenbezogenen Daten erfolgt freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerrufsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Der Widerruf ist zu richten an:

E-Mail: patientenberatung@kzv-berlin.de
 Fax: 030 89004-46400
 Post: Patientenberatung der Berliner Zahnärzte
 im Zahnärztehaus
 Georg-Wilhelm-Straße 16,
 10711 Berlin

- Ich bin über den Zweck der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten informiert und damit einverstanden, dass der von mir geschilderte Sachverhalt von der Patientenberatung der Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) Berlin, Georg-Wilhelm-Str. 16, 10711 Berlin, zur weiteren Prüfung/Veranlassung weitergegeben werden darf

an andere Abteilungen innerhalb der KZV Berlin

an die Zahnärztekammer Berlin, Stallstr. 1, 10585 Berlin

an meine(n) Zahnärztin/Zahnarzt _____
 Name der/des Zahnärztin/Zahnarztes

bzw. an ihre/seine rechtmäßigen Erben

- Ich bin damit einverstanden, dass die o. g. Einrichtungen ihrerseits die zu meiner Person bestehenden Daten speichern und nutzen.

 Name

 Vorname

 Ort, Datum

 Unterschrift Patientin/Patient
 gesetzliche(r) Vertreter/in
 Begleitperson (Vollmacht)