

**Einverständniserklärung/Schweigepflichtsentbindung
im Rahmen der Amtszahnärztlichen Begutachtung**

Vor-/Nachname (Patient/in)	
Geburtsdatum (Patient/in)	
Vor-/Nachname des gesetzlichen Vertreters bei Minderjährigen	

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Daten/Befunde (u.a. das Ergebnis der amtszahnärztlichen Untersuchung) bzw. die des oben genannten minderjährigen Kindes zum Zwecke der internen Nutzung durch den zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes erhoben und gespeichert, sowie an den Auftraggeber des Gutachtens (Beihilfestelle, Sozialamt o.ä.) weitergegeben werden.

Durch diese Einwilligung wird der/die Gutachter/in des zahnärztlichen Dienstes gleichzeitig von seiner/ihrer zahnärztlichen Schweigepflicht entbunden und darf im Rahmen der gutachterlichen Stellungnahme (Befundauswertung) mit meiner/meinem behandelnden Zahnarztpraxis/Zahnarzt/Zahnärztin Rücksprache halten bzw. weitere notwendige Unterlagen anfordern.

Ich kann diese Einverständniserklärung/Schweigepflichtentbindung jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-mail widerrufen. Durch den Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung und die daraus resultierende Aufbewahrungspflicht nicht berührt. Mir ist bewusst, dass durch meinen Widerruf eine gutachterliche Stellungnahme durch den zahnärztlichen Dienst Kreis Viersen nicht erfolgen kann.

Die zugehörige Datenschutzerklärung liegt dieser Einverständniserklärung bei und ist außerdem unter kreis-viersen.de/ZAD im Internet zu finden.

Ort/ Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des Sorgeberechtigten