

Einverständniserklärung Fotoaufnahmen/Röntgenbilder Elektronische Datenspeicherung

Patient

Name	Vorname	Geb.datum	Anschrift
------	---------	-----------	-----------

Ich bin darüber informiert worden, dass es im Rahmen der Diagnostik von Mundschleimhauterkrankungen/Auswertung von Röntgenaufnahmen nützlich sein kann, die in diesem Zusammenhang angefertigten Fotografien/Röntgenaufnahmen einem zahnärztlichen Expertengremium der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) zwecks wissenschaftlicher (konsiliarischer) Beratung von Zahnärzten anonymisiert (ohne Namen und Geburtsdatum) vorzulegen. Zusätzliche Kosten entstehen dem Patienten dadurch nicht.

Diese Bilder unterliegen ebenso wie die übrigen Behandlungsdaten der zahnärztlichen Schweigepflicht.

- Ich bin damit einverstanden, dass Fotos angefertigt und einem zahnärztlichen Expertengremium der DGZMK in anonymisierter Form vorgelegt werden.
- Ich bin damit einverstanden, dass die Röntgenbilder einem Expertengremium der DGZMK in anonymisierter Form vorgelegt werden.

Die DGZMK, Liesegangstraße 11, 40211 Düsseldorf wird die Bild-Daten in einer Datenbank speichern, um als wissenschaftliche Gesellschaft eine elektronische Diagnosehilfe für Zahnärzte zu erstellen. Die Bilddaten bleiben anonymisiert und lassen nicht den Rückschluss auf den Patienten zu.

- Mit der Speicherung meiner Bilddaten/Röntgendaten in einer Datenbank der DGZMK bin ich einverstanden, ebenfalls mit der oben skizzierten Verwendung in einer elektronischen Diagnosehilfe für Zahnärzte.

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit gegenüber meinem Zahnarzt widerrufen. Nur dieser kann die sodann die für DGZMK anonyme Datei löschen lassen und wird Ihnen dies dann schriftlich bestätigen.
Kopien der Aufnahmen kann ich bei Interesse oder Bedarf erhalten.

....., den

.....
Unterschrift Patient/Erziehungsber.

.....
Unterschrift Zahnarzt

.....
Praxisstempel