

# **Einwilligung zur Befüllung meiner elektronischen Patientenakte (ePA) durch die Zahnarztpraxis**

## **Hintergrund**

Die elektronische Patientenakte (ePA) ist ein für Sie vollständig kostenfreies Angebot. Mit der entsprechenden App, welche Ihnen Ihre Krankenkasse zur Verfügung stellt, können Sie in Ihre digitale Akte schauen und dort auch festlegen, wer Zugriff auf diese bekommen soll. Zahnarztpraxen können in die ePA einige für Patienten interessante und hilfreiche Informationen einstellen, wie z. B. das zahnärztliche Bonusheft.

## **Mein Wunsch als Patient**

Ich wünsche ausdrücklich, dass meine Zahnarztpraxis für mich das zahnärztliche Bonusheft und weitere zahnmedizinisch relevante Informationen in meine elektronische Patientenakte (ePA) einstellt.

Hierzu zählen neben dem Bonusheft und Befundberichten insbesondere:

- Informationen zur jeweiligen Behandlungssitzung
- Informationen zur Patientenaufklärung
- Behandlungsempfehlungen der Praxis
- Röntgenbilder

## **Einwilligung in die Befüllung der ePA**

Ich willige ein, dass meine Zahnarztpraxis von ihr ausgewählte zahnmedizinische Informationen in meine ePA einstellt.

Mir ist bekannt, dass:

- ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- ich selbst über die ePA-App meiner Krankenkasse steuere, wer Zugriff auf meine ePA hat und wie lange.
- die Zahnarztpraxis keinen Zugriff mehr auf meine ePA hat, wenn ich diesen über meine ePA-App entferne.
- die Verantwortung für die Verwaltung der Inhalte in der ePA bei mir liegt.

## **Datenschutz und Schweigepflicht**

Ich bin darüber informiert worden, dass die Übertragung der Daten in die ePA unter Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Vorschriften erfolgt (insbesondere gemäß DSGVO und § 341 SGB V).

## **Weitere Hinweise**

Mit der Einwilligung erhalten Sie einen für Sie kostenfreien Mehrwert. Die Einwilligung ist freiwillig. Ihre Versorgung ist nicht davon abhängig. Fragen zur Einwilligung beantworten wir Ihnen gerne. Fragen zur ePA und zur Bedienung der jeweiligen ePA-App beantwortet Ihnen Ihre Krankenkasse.

---

Datum/Ort/Unterschrift