



**Schweigepflichtentbindungserklärung und datenschutzrechtliche  
Einwilligungserklärung**

Hiermit entbinde ich

\_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

wohnhaft: \_\_\_\_\_

die Zahnärztin/den Zahnarzt \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

gegenüber der Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) (Fallstraße 34, 81369 München) im Zusammenhang mit meiner Anfrage vom \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ von der Schweigepflicht.

Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KZVB meine oben genannte Anfrage an die Praxis des / der Betroffenen weiterleitet.

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass die KZVB meine personenbezogenen Daten, insb. auch besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) für den Zweck der Bearbeitung meiner Anfrage und ggf. in diesem Zusammenhang erforderlicher Prüfung vertragszahnärztlicher Pflichten verarbeitet.

Ich habe die Informationen gemäß Art. 13 DS-GVO unter <https://www.kzvb.de/service/datenschutzhinweise> zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass meine Erklärungen freiwillig erfolgen, sollte ich diese nicht abgeben, kann meine Anfrage ggf. nicht bearbeitet werden. Mir ist ebenfalls bekannt, dass ich meine Erklärungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Hinweis: Bitte achten Sie bei Versendung Ihrer Daten darauf, einen sicheren Übermittlungsweg zu wählen.