Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten

Glanzstücke
ZAHNARZTPRAXIS LAMBRECHT
Ostwall 165, 47798 Krefeld

Patient/in:

Name	
Adresse	

☒ Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an:

-Kieferchirurgen,

-Kieferorthopäden

-Gutachter

-Hausarzt/Internist

zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

☒ Ich stimme hiermit zu, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinen Hausarzt einholt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/In bzw. gesetzl. Vertreter