

Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten

Patient/in:

Name	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

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

Name Arzt oder Zahnarzt	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

zu.

- Ich stimme hiermit zu, dass mein behandelnder Hauszahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinen Ärzten

Name Arzt oder Zahnarzt	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

Name Arzt oder Zahnarzt	
Adresse (Straße, PLZ, Ort)	

einholt.

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.

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

Datum, Ort

Unterschrift Patient/in bzw. Erziehungsberechtigter