Einwilligung zur schriftlichen und mündlichen Datenweitergabe (gem. DSGVO) / Schweigepflichtsentbindung

Patient: Name, Vorname:	geb. am:
Anschrift:	
Tel.:	E-Mail:

Kontaktaufnahme und Übersendung ärztlicher Befundberichte sowie Patientendaten

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch die Zahnchirurgie Brühl erfolgt, bzw. ärztliche Befunde und Röntgenbilder angefordert und weitergeleitet werden sowie die Weitergabe meiner Daten bei/an:

o Hauszahnarzt:
o Kieferorthopäde:
o Hausarzt:
o Sonstige: z.B. Versicherung, Dentallabore, Pathologie, Röntgeninstitut, KZV, Familienangehörige Inkassebüro, etc

Gleichzeitig sind hiermit die Mitarbeiter der genannten Einrichtung/-en von ihrer Schweigepflicht gegenüber unserer Praxis entbunden.

Besonderheiten:

Diese Einwilligung beruht auf meiner freien Entscheidung. Meine Röntgenbilder und Befunde werden zur Information bzw. der Weiterbehandlung dienlichen Zwecken an den/die oben genannte/n Arzt/Ärzte/Dentallabore/Pathologie/Versicherung/Krankenkasse weitergeleitet. Eine Verweigerung dieser Einwilligung hat im schlimmsten Falle Fehlbehandlungen zur Folge, da die Rückübermittlung der fachzahnärztlichen Untersuchungsergebnisse nicht stattfinden konnte.

□ Patient / □ Erziehungsberechtigter / □ gesetzlicher Vertreter/Sorgeberechtigter	
Name, Vorname:	
Datum:	Unterschrift: