

Patienteneinwilligung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Hiermit erkläre ich,

Name:

Geburtsdatum:

dass ich damit einverstanden bin, dass die oben genannte Praxis für

- meinen behandelnden Hausarzt
- meinen überweisenden Arzt
- mit- oder weiterbehandelnden Ärzten oder Therapeuten
- externe, ausgewählte Dentallabore
- andere Ärzte, Krankenhäuser
- die Dienste der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Nordrhein (KZV)
- die Dienste der Medisign GmbH (Düsseldorf) zum Zwecke der zahnärztlichen Kassenabrechnung
- die Pathologie

bei Bedarf meine Behandlungsdaten und Befunde, sowie Röntgenaufnahmen anfordern darf und zur Verfügung stellt und diese zur Dokumentation oder weiteren Behandlung verwendet werden.

Mir ist bekannt, dass diese Einverständniserklärung jederzeit formlos ganz oder teilweise schriftlich widerrufen werden kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift