

Peter und Michael Fersch

Zahnarztpraxis

Schönbornstr. 23 97353 Wiesentheid

Tel 09383 371

Fax 09383 99295

[E-Mail: praxis@zahnarzt-fersch.de](mailto:praxis@zahnarzt-fersch.de)

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich

Name, Vorname (Patient)

Geburtsdatum

erkläre mich einverstanden, dass in der Zahnarztpraxis Fersch meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden dürfen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass:

mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Zahnärzten zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden

mich betreffende Daten an mich weiter behandelnde Zahnärzte oder Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen auch z.B. zahntechnische Labore die zur Erstellung von zahntechnischen Arbeiten in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung erforderlich sind

folgende Personen Auskunft über meinen Gesundheitszustand erhalten und Termine für mich vereinbaren dürfen

Name, Vorname

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Die Folgen des Widerrufs sind mir bewusst.

Ort, Datum

Unterschrift (bei minderjährigen der gesetzliche Vertreter)