

PATIENTENEINWILLIGUNG für Auskunft an Angehörige, Erziehungsberechtigte oder Betreuer

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit unserer ‚Patienteninformation zum Datenschutz‘ wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung).

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung weiter geben zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung!

Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit erkläre ich _____,

dass ich damit einverstanden bin, dass die

Zahnarztpraxis Fabian Döhler, Bahnhofstraße 24, 95111 Rehau

meine Daten **an (z. B. Angehörige, Erziehungsberechtigte, Lebenspartner, etc
-> bitte namentlich angeben!!):**

weitergeben darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber meinen Zahnärzten nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Die Einwilligungen sind freiwillig. Das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw.
Erziehungsberechtigter

Unsere Praxis ist eine reine Bestellpraxis, d. h. für Sie reservierte Termine dürfen Ihnen bei unentschuldigtem Nichterscheinen in Rechnung gestellt werden. Daher bitten wir Sie, den Termin mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie diese Aufklärung. (§§ 615, 293 BGB)

Ort / Datum **Unterschrift Patient(in) / Betreuer(in) /**
Erziehungsberechtigte(r)

Gleichzeitig entbinde ich ZA Fabian Döhler von der Schweigepflicht gegenüber vor-, mit- oder weiterbehandelnden Zahnärzten, Ärzten oder Ausübenden anderer Heilberufe, medizinischen Einrichtungen, Dentallaboren und Gutachtern.

Ort, Datum

Unterschrift Patient bzw. Erziehungsberechtigte/