



Zahnarztpraxis Dr. Mario Henkel
ZAHNHEILKUNDE & IMPLANTOLOGIE

Name _____

Geburtsdatum _____

Einwilligungserklärung zur Erhebung/ Übermittlung/ Verarbeitung von Patientendaten gemäß § 294 bis 299 und § 302 SGB V

- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen einer interdisziplinären medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen ärztlichen Einrichtungen eingeholt werden.
- ☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben bzw. mein Zahnersatz und damit einhergehende notwendige Patientendaten an die mit uns kooperierenden medizinischen Labore, Zahntechniker, Einrichtungen, usw. übermittelt werden.

Darüber hinaus erlaube ich, dass Behandlungsdaten an folgende mir nahe stehende Angehörige / Personen weiter gegeben dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Recall Programm: Erinnerung an zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung

- ☐ Ich möchte in regelmäßigen Abständen an die empfohlene halbjährliche zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung erinnert werden.

Widerrufsrecht

Ich wurde darüber unterrichtet, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift