



Einverständniserklärung

zur Erhebung und Übermittlung von personenbezogenen Patientendaten

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
Straße, Nr.: _____ Mobil: _____
PLZ/Ort: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Praxis Ana Pohlmann ...

1. Behandlungsdaten und Befunde **bei anderen Ärzten und Leistungserbringern** zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung **anfordert**.
2. Behandlungsdaten und Befunde an mich **behandelnde andere Ärzte** und **Leistungserbringer übermittelt**.
3. Behandlungsdaten **an zahnmedizinische Labore** zur Herstellung von **kieferorthopädischen Arbeiten** (Kiefermodellen und Zahnspangen) übermittelt.

Einwilligung beim Wechsel der kieferorthopädischen Praxis

Ich bin damit einverstanden, dass die Praxis Ana Pohlmann meine Unterlagen von meiner bisherigen kieferorthopädischen Praxis anfordern darf.

Wenn ich die kieferorthopädische Praxis wechseln möchte, bin ich damit einverstanden, dass die Praxis Ana Pohlmann meine Unterlagen an die neue kieferorthopädische Praxis übermittelt.

Hinweis zur jederzeitigen Widerrufbarkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzl. Vertreters

