



Datenschutzerklärung

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogene Daten und Befunde im Rahmen der Behandlung (Zweckbestimmung), unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften erhoben, verarbeitet und an weiterbehandelnde Ärzte/Zahnärzte und Kliniken übermittelt werden dürfen. Diese gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte/Zahnärzte und Kliniken.

Zusätzlich bin ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen/Angehörigen weitergegeben werden nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Das Informationsblatt zum Thema Datenschutz sowie zur Datenverarbeitung habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in