

Ich

Vor- & Nachname

Anschrift

Geburtsdatum

Telefon

erkläre mich einverstanden, dass:

mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hauszahnarzt / überweisenden Arzt übermitteln darf.	Ja	Nein
meine Patientendaten via Fax, Telefon, E-Mail oder per Post übermittelt werden dürfen, auch an mich selbst.	Ja	Nein
mein behandelnder Arzt Befunde, die zur Behandlung herangezogen werden können, von meinem Hauszahnarzt und/oder Überweiser anfordern darf.	Ja	Nein

Mein Hauszahnarzt / meine Hauszahnärztin ist:

Meine Befunde/Rezepte dürfen an folgende Personen mitgeteilt/ausgehändigt werden:

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

Ort, Datum

Unterschrift (Patient:in, Erziehungsberechtigte)