

KIEFERORTHOPÄDIE IM FELDHAUS

Dr. med. dent. Paul Koziol

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

EINWILLIGUNG IN DAS ANFORDERN VON DATEN

Hiermit willige ich für meinen Sohn/meine Tochter/mich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. Paul Koziol, Ostenallee 80, 59071 Hamm an

den weiterbehandelnden Zahnarzt _____
(Name)

Sonstige _____
(Name)

angefordert werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Hamm, den _____

Datum

Unterschrift

.....
o.g. Einwilligung wird verweigert!

Hamm, den _____

Datum

Unterschrift