



Patient/in:

Name	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

- Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an

Name	
(ggf. Name der Praxis, Klinik)	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die Praxis von der ärztlichen Schweigepflicht. Meine Daten dürfen ausschließlich für die Durchführung der konkreten Behandlung sowie für deren Dokumentation verwendet werden.

- Ich stimme hiermit zu, dass mein behandelnder Arzt/Therapeut die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinen Ärzten/Therapeuten oder weiteren medizinischen Personal (Hebammen, Ergotherapeuten, Logopäden etc.)

Name	
(Name Arzt oder Zahnarzt)	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

Name	
(Name Arzt oder Zahnarzt)	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

einholt.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Datum, Ort

Unterschrift Patient/In bzw. gesetzl.  
Vertreter