



Schweigepflichtsentbindungserklärung

Pat. Name, Vorname: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit erkläre ich widerruflich mein Einverständnis, das meine personenbezogenen Daten/ Befunde vor allem an andere Ärzte, Therapeuten, Krankenversicherungen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern, Kassenärztliche Vereinigung, privatärztliche Verrechnungsstellen und Fremdlabore verschickt und/oder ggf. notwendige Voruntersuchungen angefordert werden können.

Üblicherweise erfolgt der Versand/ die Anforderung der Sie betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an Ihren Hauszahnarzt, Überweiser, Vorbehandler, Therapeuten zum Zwecke der Weiterverarbeitung und zur Dokumentation der Be- und Weiterbehandlung.

Die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen erfolgt zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen.

Sollte hiervon abgewichen werden müssen, so werden Sie vom Praxisteam im Vorwege darüber informiert.

Alternativ haben Sie hier Gelegenheit, einen anderen Empfänger für ihre Befunde zu bestimmen: _____

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit formlos und schriftlich widerrufen werden. Nutzen Sie dazu auch unsere Widerrufserklärung (an der Anmeldung erhältlich).

Datum

Unterschrift des Patienten

Datum,
Unterschrift Erziehungsberechtigte

Datum,
Unterschrift Erziehungsberechtigter