

Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten nach
(Muster)

Praxisstempel

Patient/in:

Name	
Adresse	(Straße, PLZ, Ort)

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

Name	
(Name Arzt oder Zahnarzt)	
Adresse	

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.

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

Datum, Ort

Unterschrift Patient/In bzw. gesetzl. Vertreter