



DR. CAROLIN BÖTING

Zahnarztpraxis

Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Patientendaten

Patient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Erziehungsberechtigte/r: _____

Geburtsdatum: _____

Erklärung der/des Versicherten:

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

Dr. Carolin Böting, Eichkopffallee 55a, 65835 Liederbach 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.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in