



## EINWILLIGUNG ZUR WEITERGABE PERSONENBEZOGENER PATIENTENDATEN

an die Praxis Dr. Voßler und Team

Pat. Nr.: \_\_\_\_\_

Herr / Frau \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_,

wohnhaft in: \_\_\_\_\_,

- Ich stimme hiermit der Weitergabe der zu meiner weiteren Behandlung notwendigen Behandlungsdaten, Röntgenbilder und Befunde an die Praxis Dr. Voßler zu. Zu diesem Zweck entbinde ich die u.g. Praxis von der zahnärztlichen Schweigepflicht.

Name:	
Adresse:	

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/In bzw. gesetzl. Vertreter