

KIEFERORTHOPÄDIE AM HALLOHPARK

Dr. med. dent. Paul Koziol

Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln oder von dort anfordern zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DAS ANFORDERN VON DATEN

Hiermit willige ich für meinen Sohn/meine Tochter/mich,

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei Dr. Paul Koziol, Hohenhövelerstraße 15, 59075 Hamm an

den weiterbehandelnden Zahnarzt _____
(Name)

das Krankenhaus _____
(Name)

das Labor _____
(Name)

Sonstige _____
(Name)

angefordert werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Hamm, den _____
Datum

Unterschrift

.....
o.g. Einwilligung wird verweigert!

Hamm, den _____
Datum

Unterschrift