



Zahnarztpraxis

Dr. med. dent. Christoph Schilp,
Susanne Volz, Franziska Muscheid



www.zahnarzt-schilp.de

Praxis Sontra

Göttinger Straße 3
36205 Sontra
Tel. 05653 914 311
sontra@zahnarzt-schilp.de

Praxis Herleshausen

Bahnhofstraße 13
37293 Herleshausen
Tel. 05654 923 48 00
herleshausen@zahnarzt-schilp.de

Name, Vorname

Geburtsdatum

Schweigepflichtentbindung allgemein

Liebe Patientin, lieber Patient,

es ist datenschutzrechtlich (SGB V § 73) geregelt, dass wir nur Patientendokumente (Arztbriefe, Befundberichte, Röntgenbilder, ...) verschicken dürfen, wenn Sie uns das schriftlich erlauben.

Im Laufe der Behandlung kommt es jedoch immer wieder vor, dass mitbehandelnde ärztliche Stellen (Fachärzte, Krankenhäuser, MDK) patientenbezogene Unterlagen von uns benötigen. Damit diese Ärztinnen und Ärzte auf Anfrage diese von uns erhalten dürfen, benötigen wir eine Unterschrift von Ihnen. Nur dann werden diese weitergeleitet.

Desweiteren kann es im Laufe der Behandlung vorkommen, dass wir auf Grund einer veränderten Anamnese bzw. eines veränderten Befundes einen weiteren Facharzt telefonisch kontaktieren müssen. Auch dafür benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis.

Deshalb bitten wir Sie, die Ihrem Willen entsprechende Aussage anzukreuzen und diesen Bogen unten zu unterschreiben.

- Ich wünsche ausdrücklich, dass Sie keine meiner Unterlagen an mitbehandelnde (zahn)ärztliche Stellen verschicken, bzw. keinen Kontakt zu einem anderen Facharzt aufnehmen dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass auf Anfrage die gewünschten Unterlagen an mitbehandelnde (zahn)ärztliche Stellen übermittelt werden dürfen und sie im Bedarfsfall einen weiteren Facharzt kontaktieren dürfen.

Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).

Datum, Unterschrift des Patienten

(ggf. Erziehungsberechtigte Person oder betreuende Person (rechtlicher Vertreter))