

Ich

Vorname, Name

bin damit einverstanden, dass in der Zahnarztpraxis Reinhold Haas in Güglingen, meine Patientendaten erhoben und gespeichert werden.

Info:

Diese Daten dienen der Zahnarztpraxis Reinhold Haas und dem Abrechnungsbüro APW ausschließlich zahnmedizinischen Zwecken bzw. meiner zahnärztlichen Vorsorge oder einer eventuellen zahnärztlichen Behandlung und Abrechnung.

Ich erkläre mich aber damit einverstanden, dass meine Daten an Ärzte und Zahnärzte zum Zwecke einer evtl. anstehenden weiteren Behandlung, oder zu einem evtl. erforderlichen ärztlichen Konsil, weiter gegeben werden können. Ebenso erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Reinhold Haas bei anderen Ärzten /Zahnärzten Daten, zum Zwecke der weiteren zahnärztlichen Behandlung, anfordern darf.

Ich erkläre mich auch damit einverstanden, dass für den Fall von erforderlichen zahntechnischen Maßnahmen, mein Zahnschema und mein Name an das zahntechnische Labor weitergegeben werden.

Info:

Sämtliche Daten werden von der Zahnarztpraxis Reinhold Haas entsprechend der aktuellen Datenschutzverordnung behandelt. Es werden **keine** Daten an Dritte weitergegeben, außer Sie stimmen dieser Weitergabe bei Bedarf gesondert zu.

Ich weiß, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter _____