ihre Zahnspange
Dres. Schaber/Breiding+Kollegen

70372 Stuttgart
König-Karl-Str. 49
Telefon 0711/ 79 48 31 66
Telefax 0711/ 56 41 83

**Einverständniserklärung zur Erhebung, Übermittlung und Umgang von und mit personenbezogenen Daten sowie Entbindung von der Schweigepflicht**

Name Patient*in: _____ geb.: _____

Name Hauptversicherte*r: _____ geb.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____ Straße: _____

Krankenkasse: _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- die Praxis Dres. Schaber/Breiding & Kollegen mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Zahnärzten, Physiotherapeuten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordern und ihnen übermitteln darf.
- meine Person betreffende Daten zum Zwecke der Mit- oder Weiterbehandlung auf den Übermittlungswegen Post, Telefon oder E-Mail (gesichert) weitergeleitet werden dürfen.
- sowohl ich und/oder mein Kind namentlich im Wartezimmer aufgerufen werde/n.
- aus baulichen und organisatorischen Gründen innerhalb der Praxis nicht alle Gespräche vor anderen Patienten und Anwesenden schallgeschützt geführt werden können.
- Behandlungen in einem Behandlungszimmer mit mehreren Behandlungsstühlen, in dem sich gleichzeitig auch andere Patienten oder Angehörige befinden, durchgeführt werden können.
- ich per Emaile, Telefon oder Post durch die Praxis Dres. Schaber/Breiding & Kollegen z.B. für Terminvereinbarungen o.ä. kontaktiert werden darf.
- im Falle der Veräußerung der Praxis meine gesamten Behandlungsunterlagen an den Erwerber weitergegeben werden dürfen.
- Daten jeglicher Art, je nach medizinischer Notwendigkeit übermittelt werden dürfen, wenn meine Krankenversicherung die Begutachtung des kieferorthopädischen Behandlungsplanes anfordert.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Die „Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten" hängen im Wartezimmer aus und sind auf unserer Homepage http://www.ihrezahnpange.de einzusehen.

Ort, Datum

_____

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters

_____