

**Einwilligungserklärung zur  
Weitergabe** personenbezogener  
Patientendaten nach (Muster)

Zahnarztpraxis  
Dr. Monien-Zierz & Dr. Becker PartG  
Frankenallee 14  
65779 Kelkheim  
Tel. 0619574520

**Patient/in:**

<b>Name:</b>	
<b>Adresse:</b>	

- Ich stimme hiermit zu, dass mein behandelnder Hauszahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinen Ärzten

<b>Name:</b>	
<b>(Name Arzt oder Zahnarzt):</b>	
<b>Adresse:</b>	

<b>Name:</b>	
<b>(Name Arzt oder Zahnarzt):</b>	
<b>Adresse:</b>	

einholt.

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

Datum, Ort

Unterschrift Patient/In bzw. gesetzl. Vertreter