

Erklärung zur Entbindung der Schweigepflicht über eine wiederkehrende Datenübermittlung

(bitte in Klarschrift angeben)

Vorname:

Name:

Straße und Hausnummer:

PLZ u. Ort:

Geburtsdatum:

Ich entbinde folgende Zahnärzte :

Krägeloh, Sebastian ; Krägeloh, Maike ; Schumacher, Fabienne

der Praxis Krägeloh Kieferchirurgie , Kampstraße 6, 44137 Dortmund, Tel.: 0231/58688270

von deren Schweigepflicht gegenüber

dem weiterbehandelnden Arzt/i.d.R. **Zahnarzt** (zum Zwecke der Weiterbehandlung):

Name: _____

ggf. **Hausarzt** (zum Zwecke der Weiterbehandlung):

Name: _____

und erkläre mich einverstanden, dass Informationen zu den folgenden Inhalten

- ✓ Anamnesen (Fragen d. Arztes nach aktuellen und vergangenen körperlichen Beschwerden, bisherigen Behandlungen, Medikamenteneinnahmen, Fragen zum psychischen Befinden und nach der sozialen - und Arbeitssituation)
- ✓ Diagnosen und Verdachtsdiagnosen
- ✓ Untersuchungen
- ✓ Untersuchungsergebnissen
- ✓ Befunde
- ✓ Röntgenbilder
- ✓ Therapien und ihre Wirkungen
- ✓ Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen
- ✓ Arztbriefe
- ✓ Dem Labor (zum Zwecke der Dienstleistungserfüllung zur Diagnose) mitgeteilt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Dortmund, den

Unterschrift Patient (ggf. gesetzl. Vertreter)