



WÜRZLER & WILL
PRAXISKLINIK AM THEATER

ORAL-, KIEFER- & GESICHTSCHIRURGIE
IMPLANTOLOGIE

**Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich

(Name, Vorname, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- PD Dr. Dr. K. Würzler/ Dr. F. Will meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim überweisenden Zahnarzt/ Kieferorthopäden/ Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen überweisenden Zahnarzt/ Kieferorthopäden/ Hausarzt übermitteln.
- PD Dr. Dr. K. Würzler/ Dr. F. Will bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erheben und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeiten und nutzen.

Mein Hausarzt ist: _____

Mein Hautarzt ist: _____

Mein Zahnarzt ist: _____

Mein Kieferorthopäde ist: _____

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

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke dürfen PD Dr. Dr. K. Würzler/ Dr. F. Will meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.