

PATIENTEN-INFORMATION

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Strasse

PLZ / Ort

Telefon P/G

Natel

Ueberwiesen von

Hausarzt

Hauszahnarzt

ERZIEHUNGSBERECHTIGTE

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Telefon P/G

Beruf

DATENSCHUTZ / VOLLMACHT

Ich erteile mein Einverständnis, für die Rechnungsstellung und Buchführung alle notwendigen Daten bei Krankenkassen, Zusatzversicherungen, Inkasso, Sozialdiensten oder zuständigen Personen für die Schulzahnpflege einzuholen.

Ebenso erlaube ich, alle für die Behandlung notwendigen Daten (Modelle, Fotos, Röntgenbilder), mit an der Behandlung beteiligten Personen oder Institutionen (Ärzte, Zahnärzte, Zahntechniker oder Kliniken), weiterzugeben. Ebenso ist mir klar, dass EDV-Verantwortliche bei der Wartung der Software Einsicht in meine Daten haben können. Diese Personen unterstehen ebenfalls der Geheimhaltung.

Datum:

Unterschrift:
