

Einverständniserklärung

Datum .

Einverständniserklärung zum Versand von Patientendaten

Name		Vorname	
Vers.-Nr.		Geburtsdatum	
eMail-Adresse			
Tel.-Nr.			
Wohnsitz	(wie im öffentlichen Zentralen Melderegister eingetragen)		


Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt, Dr. Ingrid Baaken-Buchrieser, zum Zwecke der Dokumentation und für weitere Behandlungen meine Befunde, Röntgenaufnahmen und sonstigen Daten (z. B. Heilkostenpläne, Rechnungen) an mich selbst und an andere Ärzte/Zahnärzte sowie an Zahntechniker via eMail weiterleitet.

Die Übermittlung erfolgt via unverschlüsselter eMail.

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

Ort, Datum	
Unterschrift	
Name, Vorname	

Identitätsnachweis:

	Österreichische Zahnärztekammer ARZT ID 8495 Approbierte Zahnärztin der Bundesrepublik Deutschland UID ATU73529327	1/1
	Bankverbindung: IBAN AT87 2060 1034 0120 4536 BIC SPBRAT2BXXX	
	Bank: Sparkasse Bregenz Bank AG Sparkassenplatz 1 6900 Bregenz Österreich	