

Dr. Rolf-Peter Strobel, M.A.
Zahnarzt



Hartkirchweg 25a
79111 Freiburg
Telefon: 0761/492400
www.strobel-zahnarzt.de

Einverständniserklärung für den Versand von Patientendaten an Dritte und Schweigepflichtsentbindung

Ich, _____ (Name Patient), bin mit dem Versand meiner Patientendaten an den Empfänger _____ einverstanden.

Meine Daten werden von der Praxis Dr. Rolf-Peter Strobel

- per Cryptshare online übermittelt - verschlüsselt (256 Bit AES Verschlüsselung, Stand 03/16) und passwortgeschützt
- über die Post versendet

Folgende Daten werden versendet:

- Röntgenbild/er
- Auszug Patientenakte, Befund
- Heil- und Kostenplan Duplikat
- Rechnung Duplikat
- Arztbrief
- Sonstiges: _____

Hiermit entbinde ich, _____ (Name Patient), die oben genannte Zahnarztpraxis von der zahnärztlichen Schweigepflicht bezüglich meines folgenden Anliegens:

- Versand von Patientendaten
- Konsilium eines Arztes
- Auskunftersuchen (Versicherung)
- Sonstiges: _____

Freiburg, den _____

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter