



Ich, _____, * _____,
Vorname Name Geburtsdatum
wohnhaft _____,
Straße und Hausnummer Ort

bin damit einverstanden, dass von der Praxis Dres.Tobias Wilck und Tim Hanke,
Unzerstrasse 1-3, 22767 Hamburg

meine Behandlungsdaten (z.B.Befund/OP-Bericht) in Briefform und / oder per verschlüsselter E-Mail und/oder mündlich an meinen **behandelnden bzw. überweisenden Arzt/Zahnarzt** sowie ggfs. an das ihm zuarbeitende **Dentallabor** weitergegeben werden, bzw. von dort angefordert werden.

Name des Arztes/Zahnarztes:

Auskunft über meine Behandlungsdaten (wie oben) **darf auch erhalten :**

Mit der Übermittlung / Weitergabe meiner **Röntgenbilder** an den o.g. Arzt/Zahnarzt bin ich ebenso einverstanden.

Ich bin mit der **Anfertigung von Photographien** von mir, die der Behandlungsdokumentation dienen, einverstanden und auch mit deren Weitergabe an den o.g. Arzt/Zahnarzt.

Sollte eine **histologische Untersuchung** von entnommenem Gewebe notwendig werden, bin ich damit einverstanden, dass dieses Untersuchungsmaterial sowie meine Daten zur Abrechnung an die Pathologie am Grandweg , Grandweg 64, 22529 Hamburg, weitergegeben werden sowie wenn nötig an ein kooperierendes histologisches Speziallabor.

Ich entbinde die o.g. Praxis für die o.g. Einwilligungen von der Schweigepflicht.

Hamburg, d. _____

(Unterschrift Patient/in / Erziehungsberechtigte(r))

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht für o.g. Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig. Die oben getätigten Einwilligungen sind freiwillig, das Behandlungsverhältnis ist hiervon nicht abhängig.