

**Einwilligungserklärung zur Übermittlung von Patientendaten
Einverständniserklärung Entbindung von der Schweigepflicht
- zum Zwecke zahn-/ärztlicher Abrechnung -**

Ich

Name

Vorname

erkläre mich damit einverstanden, dass die Praxis:

Praxis am Mühlenviertel
Medizinisches Versorgungszentrum GmbH
Leher Heerstr. 77
28359 Bremen

zum Zweck der zahnärztlichen- und ärztlichen Abrechnung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei aus dem Abrechnungssystem (z. B. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern, Behandlungsdaten und -verläufe) an die Firma Abrechnungskompetenz, Klatte und Wybranietz GbR weitergegeben werden. Diese unterliegt ebenfalls der zahn-/ ärztlichen Schweigepflicht.

Ich entbinde meinen Zahnarzt/Arzt von der zahn-/ärztlichen Schweigepflicht, soweit dies für die zahn-/ärztliche Abrechnung erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Datum_____

Unterschrift_____