



DATENSCHUTZ - EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

IN DER KIEFERORTHOPÄDISCHEN FACHZAHNARZTPRAXIS DIPL. - STOM. RALF KIMPEL
ZIMMERSTRASSE 2, 03044 COTTBUS TEL.: 0355 823032

Patient/in:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Erziehungsberechtigter:

Name, Vorname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Anfertigung einer Röntgenübersichtsaufnahme

Ich bin damit einverstanden, dass zum ersten Termin eine Röntgenübersichtsaufnahme von mir bzw. meinem Kind zur sachgerechten Überprüfung von Zahnzahl, Zahnachsen und der Zahngesundheit angefertigt wird. Diese ist für eine Erstberatung notwendig.

Aushändigung von Röntgenaufnahmen

Ich bin damit einverstanden, dass zur Vermeidung einer Doppeluntersuchung für die Weiterbehandlung bei einem Arzt oder Zahnarzt nach §28 Abs. 8 RÖV, meine Röntgenbilder bzw. Röntgenbilder meines Kindes übermittelt werden dürfen.

Schweigepflichtsentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsplanung mit meinem behandelnden Arzt oder Zahnarzt abstimmt und ausgetauscht wird, wie zum Beispiel Zahngesundheit, Behandlungswunsch, Krankengeschichte, Versichertenstatus, Patientenmitarbeit etc.

Anfertigung und Veröffentlichung von Foto - und Videoaufnahmen

Ich bin damit einverstanden, dass zu Aus-, Weiter- und Fortbildungszwecken, für wissenschaftliche Veranstaltungen, zur Vorstellung auf der Website www.ralfkimpel.de und Instagramgalerie **behandlungsbezogene** Fotografien von meinem Mundraum bzw. Gesichtsstrukturen **anonymisiert, d.h. OHNE Nennung jeglicher personenbezogener Daten** angefertigt und gezeigt werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich die unten folgenden Einwilligungen freiwillig abgebe und diese jederzeit widerrufen kann.

Cottbus, den _____
(Datum)

(Unterschrift des Erziehungsberechtigten / Patienten)