



Zusätzliche Informationen

Hinweis auf Verkehrstüchtigkeit:

Im Rahmen der Behandlung kann eine örtliche Betäubung erforderlich sein. Hiermit möchten wir darauf hinweisen, dass dies zu einer Einschränkung der Verkehrstüchtigkeit und zu Schäden/Beeinträchtigungen an Nerv- und Weichgewebsstrukturen führen kann.

Datenspeicherung:

Der Speicherung meiner persönlichen Daten stimme ich zu. Alle Informationen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes und werden streng vertraulich behandelt. Ich verpflichte mich, Sie umgehend über alle während des Behandlungszeitraumes auftretenden Änderungen (Gesundheitszustand/Adresse/Telefonnummer) zu informieren.

Hinweis auf Nichteinhaltung von vereinbarten Terminen:

Ich verpflichte mich, vereinbarte Termine einzuhalten oder mindestens 24 h im Voraus abzusagen, andernfalls können daraus entstehende Kosten in Rechnung gestellt werden.

Einverständniserklärung

Röntgeneinverständniserklärung:

☐ ja ☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen einer Behandlung Röntgenunterlagen und medizinische Informationen mit entsprechenden Fachkollegen ausgetauscht werden dürfen.

Einverständniserklärung:

☐ ja ☐ nein

Ich stimme zu, dass Fotos und Daten, welche im Rahmen einer Diagnostik und klinischen Behandlung von der Praxis erhoben werden, anonymisiert für wissenschaftliche Zwecke und medizinische Veröffentlichungen verwendet werden dürfen.

Recall-Service:

☐ ja ☐ nein

Ich erkläre mich mit der elektronischen Speicherung, Bearbeitung und Nutzung meiner Daten zur Aufnahme in das Recall-System einverstanden.

Des Weiteren erkläre ich mich hiermit einverstanden, dass wichtige Informationen über meinen Gesundheitszustand innerhalb der Praxis zum Zwecke der fachübergreifenden Zusammenarbeit weitergereicht werden.

Ort, Datum, Unterschrift Patient (ggf. Erziehungsberechtigter)

Ort, Datum, Unterschrift Patient (ggf. Erziehungsberechtigter)