

# Zahnarztpraxis Dr. med. dent. Annette Kruse

---

Kreuzstraße 36  
46483 Wesel  
Tel. 0281/21340  
Fax. 0281/29132

## Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_  
*Name, Vorname*

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Pathologie Wesel
- Zahntechniklabor Ergolab Kleve/ Pünchera Wesel
- Ärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie\*
- Physiotherapeuten\*
- KZV zum Zwecke der Abrechnung\*

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgende Personen Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich die Praxis zwecks Terminerinnerung kontaktieren darf. Ich bin berechtigt, gemäß Art 7 Abs. 3 DSGVO diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
*Datum/Unterschrift*

*\*die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen*