



**DR. HANNO FINKENSIEP**  
MUND- KIEFER- GESICHTSCHIRURG

IMPLANTOLOGIE  
AMBULANTE OPERATIONEN  
ÄSTHETISCHE GESICHTSCHIRURGIE

STEINSTRASSE 42 - 44  
59368 WERNE

WWW.DR-FINKENSIEP.DE

TEL: 0 23 89 - 95 95 77

FAX: 0 23 89 - 95 95 89

PRAXIS@DR-FINKENSIEP.DE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief) bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

### Einwilligung in die Datenweitergabe

Hiermit willige ich:

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

ein, dass Daten über meine zahn-/ärztliche Behandlung bei Dr. Hanno Finkensiep an

- den Zahnarzt .....
- Hausarzt .....
- Facharzt .....
- Sonstige/Name .....

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann.  
**Gleichzeitig entbinde ich Dr. Hanno Finkensiep gegenüber den mitbehandelnden Ärzten von der Schweigepflicht.**

Werne, den .....  
Datum

.....  
Unterschrift