



ZAHNARZTPRAXIS
DR. T. LEHMANN

Dr. Thomas Lehmann
Zahnarzt
Roonstraße 40
24534 Neumünster
Tel: 04321-13245

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Erhebung, Nutzung und Speicherung meiner Daten in der Praxis: Dr. Thomas Lehmann einverstanden. Des Weiteren gestatte ich eine notwendige Einsichtnahme oder Übermittlung zum Zwecke der Leistungsberechnung und Besteuerung durch den für die Praxis tätigen Steuerberater, Bank, Finanzamt, sowie weiteren Dienstleistern des Forderungsmanagements. Ich erkläre mich mit der Weiterleitung und Anforderung von aktuellen und älteren Befunden sowie Bildaufnahmen (besonders personenbezogener Daten nach §3 Abs. 9 BDSG) an meinen überweisenden Arzt und allen anderen an meiner Behandlung beteiligten Ärzte / Krankenhäuser einverstanden.

Die Zustimmung gilt bis auf Widerruf.

Ort/ Datum

Unterschrift Patient