



Datenschutzblatt

Patient

Ich, entbinde Frau Dr. Sara Pourdadasch-Miri – Kieferorthopädin,
Pariser Str. 119, 55268 Nieder-Olm – von Ihrer Schweigepflicht gegenüber

- **meinem Zahnarzt**
- **meinem Arzt**
- **einem Gutachter**, welcher von meiner gesetzlichen Krankenversicherung bestellt wurde
- gegebenenfalls der/dem **Kieferchirurgen/Kieferchirurgin**
- **meiner gesetzlichen Krankenversicherung**
- **der Krankenzahnärztlichen Vereinigung (KZV) in Mainz**

und erkläre mich damit einverstanden, dass meine Befunde/Röntgenbilder/Modelle übermittelt bzw. ausgehändigt werden dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Modelle, zwecks Herstellung eines kieferorthopädischen Behandlungsgerätes übersendet werden dürfen an:

- **KG-Dental, Robert-Krekel-Anlage 5, 65203 Wiesbaden**
- **Dentaurum GmbH & Co. KG, Turnstraße 31, 75228 Ispringen**
- **Scheu Dental GmbH, Walder Str. 53, 40724 Hilden**
- **OrthoLize, Im Nordfeld 13, 29336 Nienhagen**
- **Align Technology, Amsterdam**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Kontendaten zwecks Einzugs meiner offenen Rechnung übermittelt werden dürfen an:

- **Deutsche Ärzte- und Apotheker Bank, Mainz**

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn
bzw. d. Erziehungsberechtigten