

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V

Durch den Patienten auszufüllen!

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass meine Zahnärztin, Frau Beate Schönberger, Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise einem anderen Zahnarzt, Facharzt, meinen Hausarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meine Zahnärztin weiterzuleiten. Meine Zahnärztin darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin damit einverstanden, dass mein weiterbehandelnder Zahnarzt oder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei der Zahnarztpraxis Beate Schönberger einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein weiterbehandelnder Zahnarzt/Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Zahnarztes / der Zahnärztin