

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

Bitte lesen Sie sich die Einverständniserklärung genau durch und bestätigen Sie die Aussagen mit einem Kreuz im jeweiligen Kästchen.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Daten weiterleiten

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an meinen Hausarzt/andere Fachärzte/Kieferchirurgen oder einen anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, weiterleitet.

Daten anfordern

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt/anderen Fachärzten/Kieferchirurgen oder bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Mein behandelnder Zahnarzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Terminbestätigung

Ich bin damit einverstanden, dass ich an lange Termine erinnert werde und das diesbezüglich ggf. mit Familienangehörigen oder auf den Anrufbeantworter gesprochen wird.

Recall

Ich möchte an die Vorsorgetermine erinnert werden.

- alle 6 Monate
- alle 12 Monate

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten