

Einverständniserklärung

Einverständniserklärung zu Erhebung/Übermittlung vom Patientendaten und Befunden gem. §73 Abs. 1b SGB V

Ich,

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

Erkläre mich einverstanden, dass

- mein Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Röntgenaufnahmen und Befunde bei anderen Zahnärzten und Leistungserbringern zum zweck der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Röntgenaufnahmen und Befunde an mich behandelnde andere Zahnärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Zahnarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Zahnarzt meinem neuen Zahnarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Zahnarzt diese Unterlagen bei einem bisherigen Zahnarzt anfordert.

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

Ort/Datum: Mainz /.....

Unterschrift: