

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

Im Rahmen Ihrer Behandlung in unserer Praxis ist die Anforderung auswärtiger Befunde, sowie die Übermittlung interner und externer Befunde an andere, mit Ihnen befassten Ärzten zur Beurteilung/Behandlung Ihrer Erkrankung oftmals erforderlich. Nach § 73 Abs. 1 b SGB V ist dazu die Einwilligung des Patienten notwendig.

Aus diesem Grund bitten wir Sie die nachfolgende Erklärung zur Schweigepflichtentbindung auszufüllen (Zutreffendes bitte ankreuzen) und zu unterzeichnen.

Hiermit entbinde ich (Name, Vorname)
.....(Geburtsdatum).....

- Mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte von der Schweigepflicht zur Übermittlung von medizinischen Befunden an unsere Praxis.
- Dr. med. dent. Alexander Beck bzw. andere behandelnde Zahnärzte der Zahnmedizin Mühleninsel von der Schweigepflicht zur Befundübermittlung an mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte.
- Ich bin damit einverstanden, dass auswärtige Befunde, die zur Beurteilung bzw. Behandlung meiner Erkrankung notwendig sind, schriftlich, telefonisch oder per Fax angefordert werden.
- Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass Befunde an mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte, Hausärzte und Kliniken übermittelt werden, deren Einschätzung für meine weitere Behandlung erforderlich ist.

Ich bin mit den vorstehend aufgeführten Punkten **nicht** einverstanden.

Ich bin damit einverstanden, dass folgende Personen meine Befunde, Rezepte etc. abholen dürfen:

(Bitte Name, Vorname und Geburtsdatum angeben)

.....
Die genannten Personen müssen sich bei der Abholung ausweisen! Ohne Ausweisvorlage ist eine Abholung bzw. Herausgabe von Unterlagen nicht möglich!

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/-in

Aus datenschutzrechtlichen Gründen dürfen wir keine Befunde per E-Mail versenden!