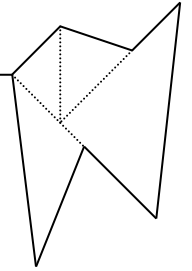


*Dr. Kurt-Dieter Smalla / Dr. Gabriele Smalla  
Dr. Daniel Stein*

**Gemeinschaftspraxis für Zahnmedizin**



## 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 mein behandelnder Zahnarzt Behandlungsdaten und Befunde (auch Röntgenbilder) von mir einholt, die beispielweise einem Kollegen, bzw. Facharzt (z.B. Kieferchirurg oder Kieferorthodäde) oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich mich in Behandlung befinde, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Zahnarzt weiterzuleiten. Mein Zahnarzt darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder nur teilweise widerrufen werden kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Zahnarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich mich in Behandlung befinde, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Information weiterzuleiten. Mein behandelnder Arzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_