



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 Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise bei meinem Zahnarzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an meinen Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen weiterzuleiten. Mein Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurg darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden, und nicht an Dritte weitergeben.

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bin nicht einverstanden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten