



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

Durch den Patienten oder seinen gesetzlichen Vertreter auszufüllen!

Name Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

Ich bin damit einverstanden, dass

- mein behandelnder Kieferorthopäde Behandlungsdaten, Befunde und Röntgenbilder **von mir einholt**, die beispielsweise meinem Hauszahnarzt, einem Facharzt oder einem Psychotherapeuten, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen. (Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten)
- mein Kieferorthopäde, mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde, an mich behandelnde Fachärzte, bei Bedarf **übermitteln** darf.
- mein behandelnder Kieferorthopäde diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet
- die Informationen zur Erhebung personenbezogener Daten sind in der Praxis einsehbar
- Unterzeichnet nur ein gesetzlicher Vertreter bei bestehendem gemeinsamen Sorgerecht, so versichert dieser, sich mit dem weiteren Vertreter abgestimmt zu haben und zeichnungsberechtigt zu sein.

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

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlicher Vertreter