



Dr. med. dent. Johannes Walter

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

Patienten Name, Vorname: Geburtsdatum:

- Ich bin damit einverstanden, dass Dr. Walter und das Praxispersonal Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt, die beispielsweise meinem Hausarzt, meinem Hauszahnarzt, einem Facharzt oder einem anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, vorliegen.
Dr. Walter darf diese Informationen nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden.
Das ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.
- Ich bin damit einverstanden, dass Dr. Walter Informationen an Leistungserbringer (z. B. Hauszahnarzt, Hausarzt) weiterleiten darf.
- Ich bin einverstanden, dass Frau / Herr über meine Befunde informiert werden darf.
- Ich bin einverstanden, dass Frau / Herr
Rezepte, Überweisungen, Verordnungen, Bescheinigungen, krankheitsbezogene Befunde, Atteste von mir abholen darf, um sie an mich auszuhändigen.
- Ich bin einverstanden, dass die Firma / Apotheke.....
Rezepte, Bescheinigungen von mir anfordern/bestellen und abholen und/oder per Post oder Fax erhalten darf.
- Ich bin einverstanden, dass ich zur Behandlungstherapie namentlich aufgerufen werde.

Trier, den

.....
Unterschrift

Einverständniserklärung bei der Behandlung von Minderjährigen / bei Patienten in Fürsorge.

Trier, den

.....
Erziehungsberechtigter / gesetzliche Fürsorge