

Einverständniserklärung

zur Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich,

(Vorname, Name)

Geburtsdatum:

erkläre mich einverstanden, dass

die Zahnarztpraxis die vor Ort Zahnärzte mich betreffende Behandlungsdaten (Patientenakte ggf. inkl. aktueller Röntgenbilder), welche durch meinen bisherigen Zahnarzt Dr. Steffen Jud erhoben worden sind

- ☐ an mich per Email übermittelt
- ☐ ich einen Ausdruck der Kartei in der Praxis abhole
- ☐ die Praxis die vor Ort Zahnärzte für die Weiterbehandlung Einsicht nehmen darf

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

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

ZAHNARZTPRAXIS

Steffen Jud
Bürkle-de-la-Camp-Platz 2
44789 Bochum
Telefon: 0234/3254675
Telefax: 0234/3254678
E-Mail: info@zahnarzt-jud.de

DIE **vor Ort**
ZAHNÄRZTE
am denkmal | am bürgerbüro

Hier die Adresse
der Vor Ort Zahnärzte:

AM DENKMAL
Elsa-Brändström-Str. 134
44869 Bochum
02327/70208
info@vorort-zahnaerzte.de