



**HELMUT HIRSCH
DR. SEBASTIAN BAUER**
PRAXIS FÜR ZAHNHEILKUNDE

Zahnarztpraxis
Hr.Hirsch Helmut
Dr.Bauer Sebastian
Goldinger Str.2
Tel: 08709/2690601

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

Ich _____
(Vorname,Name,Geburtsdatum,Wohnort)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten, Zahnärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Zahnarzt mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte, Zahnärzte, Labore, Dentallabore und Leistungserbringer übermittelt.
- **Hinweis:** Für andere als die o. g. Zwecke darf mein Zahnarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht ermitteln, verarbeiten und nutzen!

Sollte ich meinen Zahnarzt wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Zahnarzt meinem neuen Zahnarzt die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Zahnarzt diese Unterlagen bei meinem bisherigen Zahnarzt anfordert!

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)