

1. Einwilligung in die Datenweitergabe

Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer übermitteln zu dürfen, z.B. mittels Arztbrief oder Übermittlung von Röntgenbildern, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

Hiermit willige ich,

Vorname Name

Geboren am

Vorname Name (ggf. gesetzl. Vertreter)

Geboren am

ein, dass Daten über die zahnärztliche Behandlung, die durch das Zahnärzteteam Wemding erbracht wurden weitergegeben werden dürfen an:

- den weiterbehandelnden Arzt
- Fachkräfte bzgl. Chirurgischen und Herz-Kreislaufgebieten
- den Hausarzt
- das Labor

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Zahnärztin/dem Zahnarzt jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärzte von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

2. Einwilligung zur Archivierung des PSI

Wir sind verpflichtet ihnen die Codezahlen des parodontalen Sondierungsindex auszuhändigen. Dieser wird zweijährig erstellt und spiegelt den Zustand von Zahnfleisch und Knochen wider.

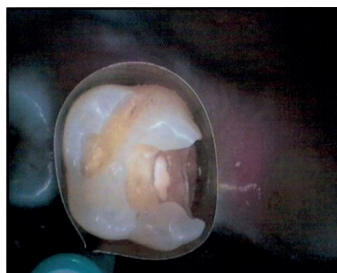
Alternativ willigen sie ein, dass die Zahlen in der Praxis archiviert werden und jederzeit für sie abrufbar sind.

Ort, Datum

Unterschrift

3. Information über die Zuzahlung von Kunststofffüllungen

Wir möchten Sie als Kassenpatient darauf hinweisen, dass in unserer Praxis nur hochwertige Kunststofffüllungen gemacht werden, die je nach Größe und Lage zwischen 30,- € bis 80,- € als Eigenleistung betragen können.



Ort, Datum

Unterschrift