

# Dr. med. dent. Miriam Banse-Döring

## Zahnarztpraxis

Willicher Str. 7 - 47807 Krefeld - Tel: 02151/30 60 30 - Fax: 02151/30 09 93

---

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

Durch den Patienten auszufüllen, oder gesetzlichen Vertreter!

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname PATIENT

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie ein, dass die Zahnarztpraxis Dr. Miriam Banse-Döring Ihre auf dem Anmeldebogen angegebenen, personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung eines zahnärztlichen Behandlungsvertrages - auf der Grundlage gesetzlicher Berechtigungen - erheben und für unbestimmte Zeit nutzen darf.

Für jede darüber hinausgehende Nutzung der personenbezogenen Daten und die Erhebung zusätzlicher Informationen, ebenso Weiterleitung an Dritte, bedarf es Ihrer Einwilligung. Eine solche Einwilligung können Sie nachfolgend freiwillig erteilen.

#### **Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken**

(bitte ankreuzen)

- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten auch für zukünftige Behandlungsverträge genutzt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen zahnärztlicher Überweisung an andere Arztpraxen/Kliniken übermittelt werden dürfen. Beispielsweise auch Röntgenaufnahmen.
- Ich willige ein, dass die erhobenen Daten, soweit erforderlich und notwendig im Rahmen weiterführender Diagnostik an Untersuchungslabore und Institute übermittelt werden dürfen. Beispielsweise auch Röntgenaufnahmen.
- Ich willige ein, dass mich die Zahnarztpraxis telefonisch oder via E-Mail kontaktieren darf, um mich über Terminänderungen oder dergleichen zu informieren.
- Ich willige ein, dass ich über bevorstehende Vorsorgeuntersuchungen zwecks Terminvereinbarung telefonisch oder via E-Mail informiert werden darf.

Um eine reibungslose zahnärztliche/therapeutische Versorgung sicherzustellen, bin ich damit einverstanden, wenn meine Untersuchungs-/Behandlungsunterlagen von allen in der Praxis tätigen Zahnärzten/Therapeuten so wie dem Assistenzpersonal genutzt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift