



Christoph Kocsis
Fachzahnarzt für Kieferorthopädie

Marktplatz 7-9
52078 Aachen
Tel.: 0241-9209212
Fax: 0241.9209213

Einverständniserklärung

zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

- mein Kieferorthopäde mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung anfordert.
- mein Kieferorthopäde mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde andere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt.

Sollte ich den Kieferorthopäden wechseln bin ich damit einverstanden, dass mein bisheriger Kieferorthopäde meinem neuen Kieferorthopäden die über mich gespeicherten Unterlagen übermittelt bzw. mein neuer Kieferorthopäde diese Unterlagen bei einem bisherigen Kieferorthopäden 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)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Hausarzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.