

Dr. Lothar Kirchhoff

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
Plastische Operationen
Implantologie

Adolfstr. 27
38102 Braunschweig

Tel.: 0531 - 739 05
Fax: 0531 - 701 78 60

E-Mail: mkg-kirchhoff@gmx.de
www.kieferchirurgie-kirchhoff.de



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

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Krankenkasse

Bitte ankreuzen:

☐ **Ja**, ich bin damit einverstanden, dass **Dr. Lothar Kirchhoff** **Behandlungsdaten und/oder Befunde von mir einholt**, die für meine Behandlung bei Dr. Kirchhoff relevant sind. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen an Dr. Lothar Kirchhoff weiterzuleiten. Dr. Lothar Kirchhoff darf diese Information nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwenden. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

☐ **Ja**, ich bin damit einverstanden, dass **Dr. Lothar Kirchhoff** meine **Behandlungsdaten** und/oder Befunde bzw. einen Behandlungsbericht an den/die überweisenden Ärzte/innen / Zahnärzte/innen **weiterleitet**. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Wir weisen darauf hin, dass wir laut § 85 Abs. 3 Nr. 3 Strahlenschutzgesetz dazu verpflichtet sind Röntgenbilder weiterzuleiten, wenn diese bei uns von Zahnärzten/innen oder Ärzten/innen, Krankenkassen oder anderen Leistungserbringern angefordert werden. Dafür bedarf es keine Einwilligung von Ihnen.

☐ **Nein**, ich lehne einen Austausch meiner Behandlungsdaten ab und bin darüber informiert worden, dass, sollte ich Behandlungsdaten und/oder Befunde benötigen, ich diese **persönlich** in den jeweiligen Praxen abholen muss. Eine Übermittlung per Post, Telefon und/oder Email ist somit ausgeschlossen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Patienten/in
od. des/der gesetzlichen Vertreters/in