ZAHNKOWSKI MVZ
Zahnmedizin Ratzeburg

Herzlich Willkommen im Zahnkowski MVZ Zahnmedizin Ratzeburg

Für die Notfallbehandlung in unserem ZAHNKOWSKI MVZ bitten wir Sie um ein gründliches Lesen und vollständiges Ausfüllen des Fragbogens. Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden somit von uns streng vertraulich behandelt. – Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit

Name, Vorname des Patienten	geb.	Tel.: Festnetz & mobil (privat)
Anschrift des Patienten		E-Mail Adresse
Beruf	Arbeitgeber	Tel. dienstlich
Name, Vorname des Versicherten	geb.	□ Ehegatte □ Mutter/Vater

Anschrift des Versicherten (wenn abweichend zu der obenstehenden Adressdaten)

Wie sind Sie krankenversichert?

□ gesetzliche Krankenversicherung □ freiwillig versichert bei einer gesetzlichen Krankenkasse
□ private Krankenversicherung □ Beihilfe *□ Zusatzversicherung
□ Sonstiges

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

☐ Daten weiterleiten
Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an meinen Hausarzt/andere Fachärzte/Kieferchirurgen oder einen anderen Leistungserbringer, bei dem ich in Behandlung bin, weiterleitet.

☐ Daten anfordern
Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Zahnarzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt/anderen Fachärzten/Kieferchirurgen oder bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt.
Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten.
Mein behandelnder Zahnarzt darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihm zu erbringenden Leistungen verwenden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Auf Grund der neuen EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) haben wir unsere Regelungen zum Datenschutz gemäß den neuen Anforderungen aktualisiert. Ausführliche Informationen der Datenschutzhinweise entnehmen Sie bitte unserer Website unter https://www.zahnarzt-rz.de/datenschutzhinweise oder dem im Empfang hinterlegten Flyer.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten/Erziehungsberechtigten

Durch einen Praxismitarbeiter auszufüllen:

Eingegeben: _____ ZFA