

Einverständniserklärung

zur Übermittlung von Röntgenaufnahmen und Befunden an mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Zahnarztpraxis Dr. Joachim Haus meine Röntgenaufnahmen und ggf. medizinische Befunde per E-Mail an mitbehandelnde Ärzte/Zahnärzte zum Zwecke der Mit-/Weiterbehandlung/Planung/Besprechung und/oder ggf. kollegialem Austausch bei unklaren Befunden übermitteln darf. Zudem dürfen Röntgenbilder und Befunde von mitbehandelnden Ärzten angefordert werden.

Ebenso stimme ich der Übermittlung von ggf. erstellten Fotos an das Dentallabor für individuelle Absprachen zu.

Die Übermittlung erfolgt in anonymisierter Form mit einer individuell zugewiesenen Nummer aus unserer Zahnarzt-Software, verschlüsselt über das sichere Programm Cryptshare oder über die Telematikinfrastruktur des Gesundheitswesens mittels KIM (Kommunikation im Medizinwesen).

Name des Patienten

Datum

Unterschrift