



ZAHNÄRZTE
KIRCHDITTMOLD

ANTRAG ZUR AUSHÄNDIGUNG PERSONENBEZOGENER UNTERLAGEN

Name, Vorname des Patienten/Versicherten

Anschrift

Hiermit beantrage ich die Aushändigung folgender Unterlagen bzw. Informationen in analoger (Papier) oder digitaler (DVD/CD) Form:

- Röntgenaufnahme
- Fotos (z.B. intraoral oder extraoral) des Patienten
- Modelle
- Vollständige Kopie der Patientenakte
- Dokumente (z.B. Schriftverkehr, Befunde, Behandlungsplan)
- Nachtragung von Zahnarztbesuchen für das Bonusheft (bei Zahnarztwechsel)
- Für Notdienstpatienten: Erteilung von Auskünften über den Notdiensttermin an den Hauszahnarzt/ die Hauszahnärztin sowie Übersendung des Röntgenbildes

Sonstiges: _____

Dazu entbinde ich die ZMVZ ZMK GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube die Verarbeitung meiner Daten zu oben genanntem Zweck. Das schließt die Verarbeitung der Daten aus meiner Patientenakte mit ein, die im Zuge früherer Behandlungen der folgenden ehemaligen Zahnarztpraxis geführt wurde (falls zutreffend):

- Zahnärztin Britta Frank Zahnarztpraxis Dr. Klatt und Kollegen

Unterlagen/Einsichtnahme angefordert am: _____

Die Unterlagen wurden ursprünglich erstellt am bzw. umfassen folgenden Zeitraum: _____

Im Falle einer Abholung Dritter (z.B. Angehörige) bitten wir um Aushändigung der vom Patienten unterschriebenen Vollmacht, die auch die Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht beinhaltet.

Ich akzeptiere, dass dadurch Materialkosten **in Höhe von 3 Euro** entstehen. Bei Versand der Unterlagen wird zusätzlich eine Pauschale von **2 Euro** erhoben.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters/Abholers

BESTÄTIGUNG DES ERHALTS PERSONENBEZOGENER UNTERLAGEN

Unterlagen in digitaler oder analoger Form erhalten am: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters/Abholers



ZAHNÄRZTE
KIRCHDITMOLD

VOLLMACHT

Name, Vorname des Patienten/Versicherten

Anschrift

Hiermit erteile ich die Vollmacht zur Abholung meiner personenbezogenen Unterlagen in digitaler oder analoger Form an:

Name, Vorname des Abholers

Anschrift des Abholers

Die Zahnmedizinisches Versorgungszentrum ZMK GmbH entbinde ich gegenüber dem oben genannten Abholer von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters