

Röntgenbild Anforderung

Ihre Zahnarztpraxis:

1 Name: _____
Str. _____
PLZ/Ort: _____
Email: _____

Sie benötigen Röntgenaufnahmen von:

2 Patient: _____
Geb.: _____

3 Als Patient/in wünsche und erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Zahnrontgenaufnahmen per **Post** an die Praxis versandt werden.
Datum, Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter . Unterschreibt nur ein Elternteil, erklärt dieses mit seiner Unterschrift, in Übereinstimmung mit dem anderen Elternteil zu handeln

Datum / Unterschrift

Als Patient/in erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Zahnrontgenaufnahmen per **E-Mail** verschickt werden. Mir ist bekannt, dass dieser Transport potentiell unsicher ist und meine Bilder von unbefugten Personen eingesehen werden könnten.
Datum, Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter . Unterschreibt nur ein Elternteil, erklärt dieses mit seiner Unterschrift, in Übereinstimmung mit dem anderen Elternteil zu handeln

Datum / Unterschrift

4 **FAX: 040 - 46961171**

Sehr geehrter Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, mit diesem Formular fordert Ihre Praxis Röntgenaufnahmen aus unserer Kinderzahnarztpraxis zum Zweck der Weiterbehandlung (§ 28 RöV) an. Bitte benutzen Sie es als **Faxvorlage**. Mit der Unterschrift erklärt die Patientin/der Patient sein Einverständnis mit der Weitergabe. Der Versand erfolgt ausschließlich auf CD per Post. Die Einwilligung des Patienten als Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht muss schriftlich vorliegen. Aus diesem Grund ist die Anforderung per Fax, Postversandt oder gescannt durch E-Mail möglich. Bei akuten Beschwerden und im Notfall können aktuelle Aufnahmen per unverschlüsselter E-Mail sofort versendet werden. Dieser Versand per E-Mail ist aber ein ungesicherter Transport, der das Risiko unbefugter Nutzung beinhaltet. Der Patient muss dem E-Mail Versand deshalb ebenfalls schriftlich und explizit zustimmen.