

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen  
Geschäftsbereich Mitglieder  
Schützenhöhe 11  
01099 Dresden

per Fax: 0351 8053-417  
oder per E-Mail:  
mitglieder@kzv-sachsen.de

### **Einverständnis zur Veröffentlichung von Praxisunterlagen im Internetprojekt der sächsischen Zahnärzte auf [www.zahnaerzte-in-sachsen.de](http://www.zahnaerzte-in-sachsen.de)**

#### Allgemeines

Das Internet bietet die Möglichkeit, papierarm, schnell und aktuell Informationen zu erhalten. Auf der Website der sächsischen Zahnärzte wird deshalb für jeden Vertragszahnarzt, der diesen Service nutzen möchte, das persönliche Dokumentencenter eingerichtet.

Dieser Bereich und viele andere Seiten im Internetprojekt sind nur einsehbar, wenn Sie über einen Benutzernamen und ein Kennwort für das Internetprojekt der sächsischen Zahnärzte verfügen. Gerne stellt Ihnen die KZV Sachsen dieses zur Verfügung ☎ 0351 8053-558.

#### Nutzungsbedingungen

1. Die Nutzung des persönlichen Dokumentencenters ist nur möglich, wenn diese Einverständniserklärung unterschrieben der KZV Sachsen vorliegt.
2. Es wird von Seiten der KZV Sachsen sichergestellt, dass nur die für die Praxisleitung zur Verfügung gestellten Zugangsdaten den Zugriff auf Unterlagen gestatten. Mit dem Zugang für das Praxisteam sind die Informationen im persönlichen Dokumentencenter nicht einsehbar.
3. Die Praxisleitung haftet dafür, dass der persönliche Benutzername und das persönliche Passwort nur ihr zugänglich sind. Um Missbrauch zu vermeiden, wird empfohlen, den Verlust der persönlichen Zugangsdaten bei der KZV Sachsen umgehend anzuzeigen-Die KZV Sachsen stellt Ihnen bei Bedarf gerne neue Zugangsdaten zur Verfügung.
4. Nach Erhalt der Einverständniserklärung schaltet die KZV Sachsen Ihnen den Zugang zum persönlichen Dokumentencenter innerhalb von 24 Stunden frei. Auf eine gesonderte Benachrichtigung wird verzichtet.
5. Die Möglichkeit des Widerrufs der Veröffentlichung besteht jederzeit und ist schriftlich bei der KZV Sachsen anzuzeigen.

Mit diesen Bedingungen zur Einsicht meiner Unterlagen im Internet – Persönliches Dokumentencenter - erkläre ich mich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Abrechnungsstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin