

Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich,

Name, Vorname:

Wohnadresse:

Geb.-Datum:

Vers.-Nr.:

Krankenkasse /
priv. Krankenvers.:

für Rückfragen Tel.-Nr.:

E-Mail:

(freiwillige Angabe)

meine Zustimmung zur Weiterleitung des Anliegens (bitte ankreuzen)

Einsichtnahme Patientendokumentation

Herausgabe Kopie Patientendokumentation

Auskunftsersuchen Kranken- / Zusatzversicherung

Nachtrag Bonusstempel für die Jahre

Ausstellung Ersatzbonusheft

Anforderung Bonusheft

Sonstiges

durch die Patientenberatungsstelle der Landeszahnärztekammer Sachsen an nachfolgend genannten Zahnarzt / genannte Zahnärztin (ggf. ehemalige Praxisanschrift):

Titel, Name, Vorname – Zahnarzt / Zahnärztin

ehem. Praxisanschrift – Zahnarzt / Zahnärztin

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für diese Zwecke verwendet und gespeichert sowie bei der Geschäftsstelle der Landeszahnärztekammer Sachsen für 5 Jahre unter Verschluss aufbewahrt werden dürfen.

Sollte die Erledigung meines Anliegens mit Kosten verbunden sein, bitte ich um eine entsprechende Benachrichtigung und Rücksprache mit mir durch den oben genannten Zahnarzt / die oben genannte Zahnärztin **vor** Auskunftserteilung.

 , den

Ort

Unterschrift