

## 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

☐

Auskunftersuchen 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 .....