

Zahnärztliche Praxisgemeinschaft
Borsigstraße 10
38126 Braunschweig
Tel.: 0531 – 69 16 96
Fax: 0531 – 68 26 03



Röntgenbild Anforderung

Ihre Zahnarztpraxis:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Sie benötigen die aktuellste Röntgenaufnahme von:

Patient: _____

Geb.: _____

- Als Patient/in wünsche und erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Zahnröntgenaufnahmen 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 Zahnröntgenaufnahmen per **E-Mail** verschickt werden. Mir ist bekannt, dass dieser Transport trotz Verschlüsselung 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 _____

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, mit diesem Formular fordert Ihre Praxis Röntgenaufnahmen aus unserer Zahnärztlichen Praxisgemeinschaft zum Zweck der Weiterbehandlung (§ 28 RöV) an. Bitte benutzen Sie es als Fax-Vorlage. Mit der Unterschrift erklärt die Patientin, der Patient sein Einverständnis zur Weitergabe. Bei Versand per Post erhalten Sie eine CD.