

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 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/KIM** 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.