

Behandlungsunterlagenanforderung

Unterzeichner: _____
(Name, Vorname)
bei Kindern als Mutter Vater Sonstiges _____
von: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Allgemeine Infos bei Unterlagenanforderungen

Allgemein gilt, dass Originalbehandlungsunterlagen 10 Jahre in einer Praxis aufbewahrt werden müssen. Eine Herausgabe der Originale ist daher leider nicht möglich.

Folgende Dinge können angefordert werden:

- Röntgenbilder: eine digitale Kopie der Röntgenbilder kann auf Wunsch an Sie übersandt werden.
- Kostenvoranschläge bzw. Behandlungsplan bei KFO: eine Kopie des Behandlungsplanes kann auf Wunsch an Sie übersandt werden.
- Rechnungen bzw. Abrechnungsjournal: das MVZ HotSmile Zahnzentrum GmbH arbeitet mit einer externen Abrechnungsgesellschaft zusammen, welche die Rechnungsstellung übernimmt. Alle abgerechneten Positionen sind bei KFO-Behandlungen auf den Quartalsrechnungen (in Summation entspricht dies einem Abrechnungsjournal) aufgelistet. Sollten Sie die erhaltenen Rechnungen nicht mehr haben, bitten wir Sie, sich direkt an folgende Adresse zu wenden:
ZA Zahnärztliche Abrechnungsgesellschaft Düsseldorf, AG
Werftstr. 21
40549 Düsseldorf
Telefon: 0211 56 93 - 0

Bitte per Deutscher Post folgende zusätzliche gültige Unterlagen beifügen:

- Ausweis des Unterzeichners (beidseitig farbig kopiert, Ausweisnummer kann geschwärzt werden)
- bei gesetzlich versicherten Patienten zusätzlich eine Kopie der Versichertenkarte (beidseitig, farbig kopiert)
- ausreichend frankiertes, adressiertes Rücksendekуверт (Deutsche Post)

Bei Nichtübereinstimmen der bei uns hinterlegten Adresse kann ein Versand nur nach Umzugsnachweis (Ummeldebescheinigung etc.) an die neue Adresse erfolgen. In diesem Kuvert befindet sich dann ein Passwort zum Downloaden der per Cryptshare zur Verfügung gestellten elektronischen Unterlagen. Sollten Daten / Infos fehlen, kann aus Datenschutzgründen keine Unterlagenübersendung etc. erfolgen.

Für obig namentlich genannte/n Patientin/-en **bestätige** ich hiermit, dass ich eine Übertragung folgender Dinge verschlüsselt per Mail (mittels Cryptshare gestellt von der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns KZVB) erhalten möchte:

- im Rahmen der Behandlung erstellte Röntgenbilder
- Behandlungsplan bei KFO
- _____

Meine Mail-Adresse: _____

Ich wurde hiermit informiert, dass ich ein maschinengeschriebenes Einmalpasswort, welches für die Übersendung der Unterlagen bzw. bei Behandlerwechsel für die Restabwicklung des Behandlungsvertrages benutzt wird, per Post erhalten werde. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die hochgeladenen digitalen Daten nur 10 Tage downloadbar sind und danach vom Anbieter Cryptshare gelöscht werden. Gesetzlich müssen die Unterlagen nur einmal kostenlos zur Verfügung gestellt werden. Sollte ich die Unterlagen innerhalb des Zeitraumes - aus welchen Gründen auch immer - nicht herunterladen, entsteht für einen neuen Upload eine Bearbeitungsgebühr gemäß GOÄ. Diese Gebühr muss dann vorab von mir beglichen werden.

Mit Leistung meiner Unterschrift bestätige ich, über das Vorgehen informiert worden zu sein, dies verstanden zu haben und damit einverstanden zu sein.

Wertingen, den _____

Unterschrift Patient/in bzw. Elternteil