

Formblatt zur Herausgabe von Patientenaufnahmen

Praxis

Patient:

Ausgehändigt an:

Ausgehändigt durch:
(Name der zuständigen zahnmedizinischen Assistentin)

Röntgenaufnahme:

- Zahnfilm regio _____
- Bissflügel links rechts
- Panoramaschichtaufnahme
- Fernröntgenaufnahme
- DVT / CT

Herausgegeben am: _____

Erklärung des Patienten:

Hiermit bestätige ich, _____ dass ich heute von der o.a. Praxis oben aufgeführte Röntgenunterlagen erhalten habe. Ich versichere, dass ich diese Röntgenbilder nur zu treuen Händen und nur zur unmittelbaren Weitergabe an meinen weiterbehandelnden Zahnarzt _____ erhalten habe. Mir ist bewusst, dass die Röntgenbilder ausschließlich im Eigentum der o. a. Praxis stehen. Ich verpflichte mich daher, auf die Rückgabe der Röntgenunterlagen bis zum _____ hinzuwirken.

Ort / Datum

Unterschrift