



Ihre Zahnarztpraxis
Straße
PLZ, Ort
Fax

aus dem Zentrum für ZMK-Heilkunde
(Gebäude O58) zum Versand in Ihre
Praxis oder Klinik

Bitte faxen an (040) 7410 – 49108

- Zentrale Anmeldung -

1 Sie benötigen die Bilder von:	Name	Vorname
	Geb.-Datum	UKE-Nr., falls bekannt
2 Was soll an Sie gesendet wer- den?	Typ	vom (Datum)
	<input type="checkbox"/> Zahnfilme/Status	
	<input type="checkbox"/> OPG (Panoramaaufnahme)	
	<input type="checkbox"/> FRS (Fernröntgenseitenbild)	
	<input type="checkbox"/> DVT (Digitales Volumentomogramm)	
	<input type="checkbox"/> als Viewer-CD	
<input type="checkbox"/> als DICOM-CD		
<input type="checkbox"/> sonstiges/Bemerkungen		
3 Hier unter- schreibt Ihre Patientin oder Ihr Patient.	<input type="checkbox"/> Als Patient/in wünsche und erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine UKE-Zahnrontgenaufnahmen per Post an die Praxis versandt werden.	Datum, Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter X
	<input type="checkbox"/> Als Patient/in erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine UKE-Zahnrontgenaufnahmen (keine DVT) per E-Mail verschickt werden. Mir ist bekannt, dass dieser Transport potentiell unsicher ist und meine Bilder von unbefugten Personen eingesehen werden könnten.	Datum, Unterschrift, ggf. gesetzlicher Vertreter X
4 Die Aufnahmen sollen gesen- det werden an:	Zahnarztpraxis	oder Stempel mit vollständiger Adresse
	Straße	
	PLZ	
	Fax	
	E-Mail	

Sehr geehrter Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit diesem Formular fordert Ihre Praxis Röntgenaufnahmen aus dem Zentrum für ZMK zum Zweck der Weiterbehandlung (§ 28 RöV) an. Bitte benutzen Sie es als Faxvorlage oder speichern Sie ein vorausgefülltes .pdf ab. Mit der Unterschrift erklärt die Patientin/der Patient sein Einverständnis mit der Weitergabe. Der Versand erfolgt ausschließlich auf CD per Post. Die Einwilligung des Patienten als Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht muss schriftlich vorliegen. Aus diesem Grund ist die Anforderung ausschließlich per Fax und nicht durch E-Mail gestattet. Bei akuten Beschwerden und im Notfall können aktuelle Aufnahmen (außer DVT) per unverschlüsselter E-Mail sofort versendet werden. Dieser Versand per E-Mail ist aber ein ungesicherter Transport, der das Risiko unbefugter Nutzung beinhaltet. Der Patient muss dem E-Mail-Versand deshalb ebenfalls schriftlich und explizit zustimmen. **Mit diesem Formular können ausschließlich Zahnrontgenaufnahmen aus dem Gebäudeteil O58 angefordert werden.**

Bei Rückfragen: ☎ (040) 7410 – 52261, Zentrale Anmeldung ZMK