

Kassenzahnärztliche Vereinigung Sachsen
Abteilung Mitglieder
Schützenhöhe 11
01099 Dresden

per Fax: 0351 – 805 34 17
oder per E-Mail:
mitglieder@kzv-sachsen.de

Einverständnis zur Veröffentlichung von Praxisunterlagen im Internetprojekt der sächsischen Zahnärzte (www.zahnaerzte-in-sachsen.de)

Allgemeines

Das Online-Zeitalter bietet die Möglichkeit, papierarm, schnell und aktuell Informationen zu veröffentlichen. Im Internetprojekt der sächsischen Zahnärzte wird deshalb für jeden Vertragszahnarzt, der diesen Service nutzen möchte, das Persönliche Dokumentencenter eingerichtet.

Dieser Bereich und viele andere Seiten im Internetprojekt sind nur einsehbar, wenn Sie über einen Benutzernamen und ein Kennwort für das Internetprojekt der sächsischen Zahnärzte haben. Gerne stellt Ihnen die KZV Sachsen dieses zur Verfügung – 0351 – 805 35 58.

1. Die KZV Sachsen stellt den sächsischen Vertragszahnärzten auf Wunsch durch Erklärung des Einverständnisses Abrechnungsunterlagen (Honorarbescheide, HVM-Bescheide etc.) im geschützten Bereich des Internetprojektes zur Verfügung.
2. Es wird von Seiten der KZV Sachsen sichergestellt, dass nur die verifizierte Praxis Zugriff auf diese Unterlagen im Internet hat.
3. Der Zahnarztpraxis wurde - nur zur Verwendung für die Praxisleitung – ein persönlicher Zugang (Benutzername und Passwort) zur Verfügung gestellt. Daneben erhielt die Zahnarztpraxis einen Zugang für das Praxisteam, mit dem die Informationen im Persönlichen Dokumentencenter nicht einsehbar sind.
4. Die Praxisleitung haftet dafür, dass persönlicher Benutzername und persönliches Passwort nur ihr zugänglich ist. Um Missbrauch zu vermeiden, wird empfohlen, den Verlust der persönlichen Zugangsdaten bei der KZV Sachsen umgehend anzuzeigen. Im Bedarfsfall können neue Zugangsdaten bei der KZV Sachsen angefordert werden.
5. Die Möglichkeit des Widerrufs der Veröffentlichung besteht jederzeit und ist schriftlich bei der KZV Sachsen anzuzeigen.

Mit den Bedingungen zur Einsicht meiner Unterlagen im Internet – Persönliches Dokumentencenter - erkläre ich mich einverstanden.

Datum

Abrechnungsstempel

Unterschrift des Zahnarztes/der Zahnärztin