

# Fallübertragung

Verwenden Sie dieses Formular, um einen aktiven ClearCorrect-Fall an einen anderen Behandler zu übertragen. Der neue Behandler muss vor der Übertragung als ClearCorrect-Anbieter registriert sein. Senden Sie dieses unterschriebene Formular per E-Mail an Ihren Kundenberater oder Wenden Sie sich an den Vertreter des Anbieterservices unter [clearcorrect.support.de@straumann.com](mailto:clearcorrect.support.de@straumann.com), um Unterstützung zu erhalten.

## INFORMATIONEN ZUM PATIENTEN

---

Fallnummer

---

Name des Patienten

## AKTUELLER BEHANDLER

---

Name des aktuellen Behandlers

Ich bestätige, dass ich der Behandler bin, der derzeit für den oben genannten Fall als Anbieter registriert ist. Ich möchte diesen Fall an den unten angegebenen Behandler übertragen. Mir ist bekannt, dass ich nach der Übertragung keine Berechtigung mehr habe, vertrauliche medizinische Informationen von ClearCorrect über diesen Fall zu erhalten. Mir ist bekannt, dass die Übertragung dieses Falls mich nicht von der rechtlichen Verantwortung für die vor der Übertragung erbrachten Leistungen entbindet. Ich erkläre mich mit den aktuellen Preisen sowie den Allgemeinen Auftragsbedingungen von ClearCorrect einverstanden.

---

Unterschrift des aktuellen Behandlers

---

Datum

## NEUER BEHANDLER

---

Name des neuen Behandlers

---

Name der neuen Praxis

---

Anschrift der neuen Praxis

---

PLZ

---

Ort

Ich bestätige, dass ich derzeit als ClearCorrect-Anbieter registriert bin. Ich bestätige, dass der oben genannte Patient alle nach den geltenden Vorschriften erforderlichen Zustimmungen zur Übermittlung dieser Unterlagen an mich erteilt hat, einschließlich, aber nicht beschränkt auf Datenschutzvorschriften wie HIPAA oder GDPR. Ich möchte die Verantwortung für alle zukünftigen Behandlungen in dem oben angegebenen Fall übernehmen. Mir ist bekannt, dass nach der Übertragung alle zukünftigen Phasen des ClearCorrect Falles an die von mir angegebene Praxis gesendet werden. Mir ist bekannt, dass ich für die Zahlung ausstehender Kosten für diesen Fall verantwortlich bin, unabhängig davon, wann diese Kosten entstanden sind, und dass mir zusätzliche Schritte oder Phasen in Rechnung gestellt werden können, wenn die Behandlung über die Anzahl der bereits erworbenen Schritte oder Phasen hinausgeht. Ich erkläre mich mit den aktuellen Preisen sowie den Allgemeinen Auftragsbedingungen von ClearCorrect einverstanden.

---

Unterschrift des neuen Behandlers

---

Datum