

Dr. med. F. Steidle

Facharzt für
diagnostische Radiologie

Dr. med. I. Bosse

Fachärztin für Radiologie

F. Engel

Facharzt für Radiologie

K. Lake

Fachärztin für Radiologie

M. Raptis

Fachärztin für
Nuklearmedizin

PATIENTENEINWILLIGUNG

ZUR ÜBERMITTLUNG UND EINHOLUNG VON DATEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir dürfen Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen (z.B. mittels Arztbrief), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selber die notwendigen Informationen liefern. Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

EINWILLIGUNG IN DIE DATENWEITERGABE

Hiermit willige ich,

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnr:  _____

ein, dass Daten über die ärztliche Behandlung bei der Radiologischen Praxisgemeinschaft Heinsberg an

o meinen Hausarzt, weiterbehandelnde Fachärzte, Krankenhäuser

o sowie an: **bitte die Namen der Angehörigen/Vertrauenspersonen eintragen**

_____ weitergebenen werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin/dem Arzt nur mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Gleichzeitig entbinde ich die genannten Ärztinnen und Ärzte bzw. die bei den genannten Einrichtungen beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von der Schweigepflicht.

Die Hinweise zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich zur Kenntnis genommen.

Heinsberg, den _____

Datum

Unterschrift