



DIE RADIOLOGEN

GEMEINSCHAFTSPRAXIS BETZDORF

IM HÖFERGARTEN 1 57518 BETZDORF

WWW.RADIOLOGIE-BETZDORF.DE

TEL 02741 97450 FAX 02741 9745167

info@radiologie-betzdorf.de

Vollmacht

■ Ihr Name, Vorname (Vollmachtgeber):



■ Ihre Anschrift:



■ Ihr Geburtsdatum:



Ich bevollmächtige hiermit folgende Person

■ Name, Vorname (Bevollmächtigte Person):



■ Anschrift:



■ Geburtsdatum:



stellvertretend in meinem Namen und in meinem Auftrag meine Person betreffende medizinische Befunde in Papierform und/oder Bilder meiner Untersuchung(en) in Papierform oder in Form eines Datenträgers (z.B. CD) in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Betzdorf in Empfang nehmen zu dürfen.

Die bevollmächtigte Person muss sich vor der Übergabe bei uns ausweisen können (z.B. mittels eines Personalausweises). Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir bewusst bin, dass die von mir bevollmächtigte Person Einblicke in meine personenbezogenen Daten und meine Gesundheitsdaten nehmen kann und dass die bevollmächtigte Person meine Befunde, Bilder und Diagnosen einsehen kann.

Wir sind nicht verpflichtet sicherzustellen, dass die überlassenen Daten tatsächlich an den Vollmachtgeber durch den Bevollmächtigten übergeben werden. Dies liegt außerhalb unseres Einflussbereichs und wir können hierfür keine Gewährleistung oder Haftung übernehmen.



Datum



Ihre Unterschrift (Vollmachtgeber)