



Schweigepflichtentbindungserklärung Für die Datenweitergabe an Dritte

■ Ihr Name:



■ Ihr Geburtsdatum:



■ Einverständniserklärung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit **einverstanden**, dass die Radiologie Betzdorf meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung, Diagnostik und zum Zwecke der Abrechnung der erbrachten Leistungen erforderlich ist, an andere Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Leistungserbringer (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V) oder Kostenträger (z.B. Krankenversicherung) übermittelt und erforderliche Daten und Befunde bei den genannten Stellen erhebt und für die Zwecke der durch uns durchgeführten Behandlung und Diagnostik verarbeitet und nutzt. Sie können diese Willenserklärung in der Zukunft jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Ich entbinde hiermit alle mit meinen Gesundheitsdaten und meinen persönlichen Daten betrauten Ärzte der Radiologischen Gemeinschaftspraxis Betzdorf von Ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den oben genannten Stellen.

Mein Einverständnis umfasst zum Beispiel:

- Das Verschicken meiner Befunde und Bilder in Papierform oder sonstiger Daten, die für die weitere Therapie oder Diagnostik notwendig sein können (Post, Telefax, sonstige elektronische Versandwege)
- Die telefonische Auskunft über meine Befunde oder sonstiger Daten, die für die weitere Therapie oder Diagnostik notwendig sein können
- Das Verschicken meiner Untersuchungsbilder auf CD per Post
- Die Anforderung meiner Befunde und meines Bildmaterials bei anderen Ärzten oder Kliniken



Datum

Ihre Unterschrift