

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Stand: 01.08.2018

Hiermit erkläre ich,

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Adresse: _____ PLZ: _____

Telefon/Mobil: _____ E-Mail: _____

mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken zu den genannten Stellen weitergeleitet werden:

- Arztpraxen, klinische Institute und Krankenhäuser bei Anfrage bzgl. Voraufnahmen, Voruntersuchungen
- Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Pathologische Institute für histologische und pathologische Untersuchungen

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Rheinische Radiologie mit- und weiterbehandelnden Ärzten Auskunft über personenbezogener Daten geben darf.

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Rheinische Radiologie, zur Befundung der bei mir im MVZ Rheinische Radiologie durchgeführten Untersuchung benötigte Voraufnahmen und Vorbefunde anfordern und im Praxissystem abspeichern darf.

Ich wünsche eine zusätzliche Befundmitteilung (über den zuweisenden Kollegen) an folgende Ärzte:

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Rheinische Radiologie folgenden Personen in meinem Namen Befunde und/oder Röntgenbilder in Papier- oder CD-Form aushändigt.

1.) Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

2.) Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

3.) Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum _____ Unterschrift _____

Ich möchte eine Kopie der Datenschutzerklärung ausgehändigt bekommen: ja nein