

# R Ö N T G E N I N S T I T U T A M M A R K T S P A N D A U

S. KÜCHLER - Dr. med. A. Petersein - Elena Kühn (angest. Ärztin) - Dr. med. E. Bedynek (angest. Ärztin)

Computer- und Kernspintomographie – Mammographie -  
Röntgen – Ultraschall – Osteodensitometrie –  
Strahlentherapie - MRT

Breite Strasse 53, 13597 Berlin  
Tel.: 030/ 333 72 09/93  
FAX: 030/ 333 86 26  
www.radiologie-spandau.de

Namensetikett

## **Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

Damit wir, Ihr Hausarzt und ggf. andere mitbehandelnden Ärzte Sie richtig behandeln und der gesetzlichen Dokumentationspflicht nachkommen können, ist die Übermittlung/Anforderung Ihrer Gesundheitsdaten von und an andere mitbehandelnden Ärzte erforderlich.

Für die Übermittlung der Daten benötigen wir Ihre Einverständniserklärung. Die nachfolgenden Erklärungen gelten auch für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen, wie Ihre Kinder, soweit diese keine eigene Erklärung abgeben können.

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Adresse und Telefonnummer)

### **Bitte zutreffendes ankreuzen:**

bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Gesundheitsdaten, wie Behandlungsdaten und Befunde an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden (als Befund, Fax, Post) bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen. Diese dürfen nur zur Information bzw. zur weiteren Behandlung verwendet werden.

bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt die für meine Behandlung erforderlichen Daten, Befunde und Bildgebungen von meinem Hausarzt oder weiteren Leistungserbringern einholt bzw. übermittelt werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Erziehungs-/Vertretungsberechtigter