



Декларация об освобождении от конфиденциальности

Имя: _____

Дата рождения: _____

Я освобождаю всех врачей радиологического отделения Betzdorf, которым доверены мои медицинские данные и мои личные данные, от обязательства сохранения медицинской конфиденциальности перед врачами или больницами, указанными ниже.

Я даю разрешение радиологии Betzdorf на:

- Отправку диагнозов в бумажном виде или других данных, которые могут понадобиться для дальнейшей терапии или диагностики (по почте, по факсу)
- Информацию по телефону о моих результатах или других данных, которые могут быть необходимы для дальнейшей терапии или диагностики
- Отправку моих снимков на компакт-диски по почте

Какому врачу / какой клинике мы можем предоставить информацию?

1. Врач / Клиника:

Имя: _____

Адрес: _____

2. Врач / Клиника:

Имя: _____

Адрес: _____

Дата

Подпись

Ваша декларация действительна до тех пор, пока вы не отмените свое согласие.