



## Доверенность

Имя: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Я разрешаю следующему лицу:

Имя: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

от моего имени, иметь возможность получить **результаты** исследований и / или снимок, относящиеся к моей персоне в Радиологии Betzdorf.

**Уполномоченное лицо должно быть в состоянии идентифицировать себя.**

Я знаю, что уполномоченное мной лицо может взглянуть в мои личные данные и данные о моем здоровье. Уполномоченное лицо может видеть диагнозы и результаты.

Мы не можем гарантировать, что полученные данные и / или изображения действительно будут переданы пациенту через доверенное лицо. Это не в нашей сфере влияния, и мы не можем взять на себя ответственность за это.

---

Дата

Подпись