



Schweigepflichtentbindungserklärung

Ihr Name: _____

Ihr Geburtsdatum: _____

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

Konkret erlaube ich der Radiologischen Gemeinschaftspraxis:

- Das Verschicken meiner Befunde in Papierform oder sonstiger Daten, die für die weitere Therapie oder Diagnostik notwendig sein können (Post, Telefax)
- 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

Welchem Arzt/welchem Krankenhaus dürfen wir Auskünfte erteilen?

1. Arzt/Krankenhaus:

Name: _____

Adresse: _____

2. Arzt/Krankenhaus:

Name: _____

Adresse: _____

Datum

Ihre Unterschrift

Ihre Erklärung ist bis zu Ihrem Widerruf gültig.