



Einverständniserklärung DSGVO

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 abs. 1 b SGB V

Name

Vorname

Geburtsdatum

Anmeldung für Röntgen oder MRT durch die Praxis Dr. Pietruska:

Ja, ich bin damit einverstanden, dass meine Daten **für Terminvereinbarungen** an Dritte (z.B. für Radiologen Röntgen-, MRT-Anmeldung) oder andere Terminvereinbarungen weitergegeben werden dürfen.

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.

Ich wünsche die Erstellung eines Arztbriefes (kostenpflichtig):

für meinen Hausarzt: _____
Praxisname und Anschrift

für folgenden Facharzt: _____
Praxisname und Anschrift

für mich selbst.

Gibt es im Moment von Ihren aktuellen Beschwerden MRT-, oder Röntgen-Bilder oder schriftliche Befunde, die für unsere Behandlung relevant sein könnten ?

- Ich erkläre mich einverstanden, dass Herr Dr. Pietruska meine Bilder und/oder Befunde bei folgenden Ärzten **anfordert**:

bei dem Hausarzt _____
Praxisname und Anschrift

bei dem Facharzt _____
Praxisname und Anschrift

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit, ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift des Patienten
oder des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift der Praxis