

NAME .....

VORNAME .....

GEB.-DATUM .....

.....  
*Straße, Hausnummer*.....  
*PLZ Ort*

Im Rahmen meiner Behandlung/Fortführung der Diagnostik ist es erforderlich, meine personenbezogenen Daten (Befunde/Diagnosen der bildgebenden Diagnostik) der Praxis „radiomedicum“ in digitaler, gedruckter

oder handschriftlicher Form von der Praxis „radiomedicum“ an folgende weiterbehandelnde Einrichtung zu übermitteln:

.....  
*Einrichtung / Krankenhaus / Praxis*.....  
*Straße, Hausnummer*.....  
*PLZ Ort*

In diesem Zusammenhang willige ich ein, dass alle an der Behandlung beteiligten Ärzte von der bestehenden Schweigepflicht entbunden werden, damit diese die erforderlichen Auskünfte über meine Gesundheitsdaten erteilen können.

Der/die Empfänger ist/sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Informationen werden ausschließlich, d. h. zweckgebunden für die Durchführung der erforderlichen Diagnostik und Behandlung verwendet.

## Information

Mir ist bekannt, dass diese Schweigepflichtentbindung freiwillig ist und jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden kann. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung statt. Die Widerrufserklärung ist an die datenübermittelnde Stelle zu richten. Der Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem dieser der radiologischen Gemeinschaftspraxis „radiomedicum“ zugeht. Er hat keine Rückwirkung. Die Datenverarbeitung bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

.....  
*Ort, Datum*.....  
*Unterschrift Patient(in) oder gesetzlicher Betreuer/Vertreter*

**radiomedicum GbR . Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin**

Frankfurt . Frankfurt Höchst . Bad Nauheim . Kelkheim . Braunfels

Dres. med. Maier, Köber, Lurz, Capell, Flöter, Harzer, Schweinschaut, Schneider, Selkinski, Dörr (Privatarzt), TIP Dr./Univ. Istanbul Bayar,

PD Dr. med. McKenna-Küttner, PD Dr. med. Dölken, Prof. Dr. med. Khan

Mainzer Landstraße 191 . 60327 Frankfurt . Telefon 069 758086-0 . Fax 069 758086-30 . info@radiomedicum.de . www.radiomedicum.de