

Radiologie TRÄNSBERG

A. ALTORJAY, Facharzt für Diagnostische Radiologie

Tränsberg 21–23, 39104 Magdeburg
www.roentgenpraxis-traensberg.de

Fon 0391-5430578
Fax 0391-5632878

Computertomographie

Kernspintomographie

Sonographie

Röntgen



Tränsberg

Name, Vorname des Patienten

geb. am

1. Versorgung und Behandlung nach dem Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V)

Ich willige ein, dass für die Dauer des Bestandes des Behandlungsverhältnisses mein o.g. Vertragsarzt mich betreffende Behandlungsdaten, Befunde und Verordnungen bei anderen Ärzten, Psychotherapeuten und weiteren medizinischen Leistungserbringern (Krankenhäuser, Pflegedienste, etc.) jeweils auf gesetzlicher sowie vertraglicher Grundlage zum Zwecke der weiteren Versorgung, Behandlung und Dokumentation auf gesichertem Weg *anfordern* und auch mit dieser Zweckbindung an diese Berechtigten *übermitteln* bzw. *übergeben* darf.

Hausarzt

Name des Hausarztes

Praxisort

2. Berechtigung Dritter (optional)

Ich willige des Weiteren ein, dass an nachfolgend benannte Dritte Daten und Verordnungen durch den oben genannten Vertragsarzt übermittelt bzw. übergeben werden dürfen, sodass die ärztliche Verschwiegenheit und die datenschutzrechtliche Vertraulichkeit insofern nicht gelten für:

Angehörige/Lebenspartner/Andere behandelnde Ärzte/Sonstige Berechtigte

a) Name, Vorname, Geburtsdatum ODER Name des Arztes, Praxisort

b) Name, Vorname, Geburtsdatum ODER Name des Arztes, Praxisort

c) Name, Vorname, Geburtsdatum ODER Name des Arztes, Praxisort

Mir ist bewusst, dass von o.g. berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird, sofern diese in der Praxis nicht persönlich bekannt sind. Auch von medizinischen Leistungserbringern der Ziffer 1), deren Mitarbeiter in meinem Interesse in der Praxis erscheinen (z.B. Pflegeheim, Sanitätshaus, Häusliche Krankenpflege etc.) kann insofern ein Identifikationsnachweis erforderlich werden.

3. Widerrufsmöglichkeit

Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Datenverarbeitung in der Arztpraxis jederzeit oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bisher erfolgten Übermittlungen bzw. Anforderungen.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters