



**Einholung einer Einwilligung zur
Übermittlung von Behandlungsdaten**

FAX-Empfänger:

Radiologisches Institut Dr. von Essen
Emil-Schüller-Straße 33
56068 Koblenz
FAX: 0261 13 000 259

Ihre Faxnummer:

Befund/e

Bild/er

Sehr geehrte/r Frau/Herr Kollegin/Kollege,

Sie haben Bilder und/oder Befunde von uns angefordert. Hierzu benötigen wir nach DSGVO eine erneute Einverständniserklärung des Patienten, eines Erziehungsberechtigten oder eines gesetzlichen Betreuers. Nur im Falle des *Rechtfertigenden Notstands gem. § 34 StGB* können Daten ohne Einwilligung des Patienten an Sie weitergegeben werden. Liegt ein solcher Notfall vor, setzen Sie sich bitte mit unserer Datenschutzbeauftragten direkt telefonisch in Verbindung (0261 13000 655)

Praxis- oder Krankenhausadresse:

Praxisstempel:

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten
und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V - **bitte zurücksenden an FAX-Nummer 0261 13 000 259**

--	--

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt folgende Daten, Bilder und Befunde des Radiologischen Institutes Dr. von Essen übermittelt bekommt.

Untersuchung/Behandlung	Vom (Datum)	Körperregion

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten, eines Erziehungsberechtigten
oder eines Betreuers