



**Einholung einer Einwilligung zur  
Übermittlung von Behandlungsdaten**

FAX-Empfänger:

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

Ihre Faxnummer:

Es werden folgende Behandlungsdaten benötigt:

Schriftl. Befund

Bilddaten

**Sehr geehrte/r Frau/Herr Kollegin/Kollege,**

**damit wir Ihnen die entsprechenden Behandlungsdaten zukommen lassen können, benötigen wir nach der DS-GVO eine 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 Fall vor, setzen Sie sich bitte mit unserer Datenschutzbeauftragten in Verbindung ([datenschutz@dr-von-essen.de](mailto:datenschutz@dr-von-essen.de)).

Praxis- oder Krankenhausadresse:

Praxisstempel:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden** (§73 Abs. 1b SGB V).

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann.

Untersuchungsart	Untersuchungstag	Untersuchte Region

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten, eines  
Erziehungsberechtigten oder gesetzlichen Betreuers

