

## Einverständniserklärung zur Befundübermittlung und Befundanforderung

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_,  
wohnhaft in \_\_\_\_\_, bin mit der **Übermittlung** meiner

Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt oder an andere mit- /  
weiterbehandelnde Ärzte und sonstige Leistungserbringer (z. B. Krankenhaus,  
Krankenkasse etc.) einverstanden.

Auch erkläre ich mein Einverständnis für eine **Anforderung** von Befunden, ärztlichen  
Dokumentationen und Bilddaten durch das Radiologische Centrum bei  
vorbehandelnden Ärzten und sonstigen Leistungserbringern.

Dies schließt die Weitergabe von Bilddaten (z. B. in Form von Papiaausdrucken und  
CDs) mit ein.

*(nichtzutreffendes bitte streichen)*

Diese Einverständniserklärung kann ich jederzeit ganz oder teilweise widerrufen.

Cham, \_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Patienten