

PATIENTENSTAMMDATEN

Vorname, Name

Geburtsdatum

PLZ, Wohnort

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

E-Mail Adresse

Name der Versicherung

Name der Beihilfestelle/
evtl. abweichende Tarife (Student, Basis etc.)

Überweisender Arzt

Für die heutige Untersuchung erhalte ich eine privatärztliche Abrechnung nach der GOÄ.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ ÜBERMITTLUNG VON PATIENTENDATEN

GEM. § 73 ABS. 1 B SGB V

Ich erkläre mich einverstanden, dass

- das Radiologische Institut meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Facharzt bzw. Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meine mich behandelnden/mich überweisenden Ärzte übermitteln darf.
- der mich behandelnde Arzt bei meinem Facharzt bzw. Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.
- mein behandelnder Arzt bei Laboren Blutwerte erfragen darf.
- Sollten Ärzte einen Befundbericht von den bei mir durchgeführten Untersuchungen anfordern, gestatte ich dem Radiologischen Institut diese Befunde herauszugeben, wenn seitens des anfordernden Arztes eine Identifikation (vollständiger Name, Geb. Datum) vorliegt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten
bzw. gesetzlichen Vertreters