

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____



MVZ Diagnostikzentrum Esslingen GbR
Praxis für Radiologie und Nuklearmedizin

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Ich willige in die Übermittlung meiner Behandlungs- und Befunddaten zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung an den/die auf dem Überweisungsschein angegeben und unten benannten Arzt/Ärztin ein.

Umgekehrt darf das MVZ Diagnostikzentrum Esslingen bei meinem u.a. Arzt Befunde anfordern, die zur Diagnostik und Behandlung erforderlich sind (§73 SGB V). Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können u. a. Kassenärztliche Vereinigungen zur Qualitätssicherung, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Auch willige ich in die Einsicht und Eintragung in meinen Notfalldatensatz ein. Meine Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass die Praxis aus Gründen des Schutzes der Patientendaten keine telefonischen Auskünfte erteilt. Die „Patienteninformation zum Datenschutz“ wurde mir ausgehändigt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ein Austausch meiner Daten / Befundberichte mit folgenden überweisenden und sonstigen Ärzten / Personen erfolgt:

Datum: _____

Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)