

Einverständniserklärung zur Übermittlung von Behandlungsdaten §73 Abs. 1 b SGBV

Sehr geehrte Praxis (NAME) _____

wir bitten um Zusendung der Mammografie (gemäß §28 Abs. 6 RöV) von unten genannter Patientin. Sie hat uns darüber informiert, dass die letzten Aufnahmen in Ihrer Praxis erstellt wurden. Wir müssen diese (gemäß § 23 Abs.2 RöV) für unsere Untersuchung hinzuziehen. Bitte geben Sie uns kurz Bescheid, falls keine Untersuchung mehr bei Ihnen verfügbar ist.

Vielen Dank

Name, Vorname des Patienten/der Patientin

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass die radiologische Praxis Dr. med. Remschmidt, die für meine Behandlung erforderlichen Daten und Befunde bei meinem Hausarzt und bei anderen Leistungserbringern, bei denen ich in Behandlung bin, einholt. Die betreffenden Personen sind verpflichtet, diese Informationen weiterzuleiten. Die radiologische Praxis darf diese Informationen nur zum Zwecke der von ihr zu erbringenden Leistungen verwenden.

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

Ort , Datum

Unterschrift Patient/ Patientin

Adresse:

Radiologische Privatpraxis für Individuelle Brustdiagnostik
Dr. med. J. Remschmidt, MBA
Mecklenburgische Str. 94, 10713 Berlin

Tel. 863 02 333 | Fax 863 02 334
www.dr-remschmidt.de | praxis@dr-remschmidt.de