


Radiologisches Institut Dr. von Essen 	QM - Einverständniserklärung			Kapitel:
	Inhalt:	Anforderung von Befunden, Bildern und med. Daten		
Standorte: > Koblenz > Simmern	Erstellt:	Geprüft:	Freigegeben:	Seite: 1 Revision:
	am: 02.05.2018 von: A. Kirch	am: von: K. G. Honsdorf	am: von: Dr. med. T. Vomweg	

QM-System nach DIN EN ISO 9001

Empfänger:

FAX-Empfänger:

Radiologisches Institut Dr. von Essen
Emil-Schüller-Straße 33
56068 Koblenz
FAX 0261 13 000 15

Sehr geehrte/r Frau/Herr Kollegin/Kollege,

wir benötigen Bilder und/oder Befunde von dem unten aufgeführten Patienten. Hiermit übersenden wir Ihnen die Einverständniserklärung des Patienten.

Einwilligungserklärung - Anforderung von Befunden, Bildern und medizinischen Daten

Patientendaten:

Datum:

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass das Radiologische Institut Dr. von Essen, folgende Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern einholt.

Ich willige ein, dass meine Befunde an das Radiologische Institut gefaxt werden dürfen.

FAX-Nr. 0261 13 000 15

ja

nein

Untersuchung/Behandlung	Vom(Datum)	Körperregion

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Benötigen Sie eine Kopie dieser Einwilligungserklärung?

ja

nein

Koblenz, den

Unterschrift: