



# Radiologie Herford Wiesestraße

Patientenaufkleber

Wiesestraße 10  
32052 Herford  
Tel. 05221 / 1066-50  
Fax 05221 / 1066-599  
www.radiologie-wiesestrassen.de  
praxis@radiologie-wiesestrassen.de

## Einverständniserklärung des Patienten

Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient

nach den geltenden Bestimmungen der europäischen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO), ist eine Übermittlung Ihrer Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung an Ihren Hausarzt / Ihrer Hausärztin bzw. Fachärzte, Kliniken und Krankenhäuser nur zulässig, wenn Sie dafür zuvor schriftlich Ihre Einwilligung erklären.

Das gleiche gilt für die Erhebung von erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei Ihrem Hausarzt / Ihrer Hausärztin bzw. Fachärzten, Kliniken und Krankenhäuser für die durch uns erfolgte Untersuchung.

## Einverständniserklärung

Ich bin mit der Weiterleitung und Einholung meiner Befunde / Voraufnahmen wie oben beschrieben einverstanden. Dies darf auch auf elektronischem Wege erfolgen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann. Diese Erklärung gilt ab dem heutigen Datum bis zum Widerruf.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

*Wird von der Praxis ausgefüllt*

Laborwerte

Info bei fehlender Überweisung

Befund

Voraufnahmen