

Anforderung Befundbericht

Allgemeine Schweigepflichtentbindungs- und
Einwilligungserklärung zur Weitergabe von Patientendaten

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Ort

Bitte übersenden Sie meine personenbezogenen Befunde:

MRT-Untersuchung vom _____

Körperregion _____

an folgende Adresse:

per Fax

per Post

Name des Arztes/Krankenhaus/Praxis

Fax

Telefon

Straße

Ort

Hiermit willige ich ein, dass alle an der Behandlung beteiligten Ärzte von der bestehenden Schweigepflicht entbunden werden um die erforderlichen Auskünfte über meine Gesundheitsdaten erteilen zu können. Die Schweigepflichtentbindung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angaben von Gründen schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift