



Schweigepflichtentbindung für Bilder und Befunde

Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Herausgabegenehmigung.

Hiermit entbinde ich,

Name: _____ Vorname: _____ Geb-Datum: _____

Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____

**Alle Ärzte und deren Mitarbeiter/-innen der
Überörtlichen Gemeinschaftspraxis
Für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin**

Koloniestraße 56	In der Donk 3
47057 Duisburg	46535 Dinslaken
Telefon: 0203 37801-20	Telefon: 02064 4733 - 0
Fax: 0203 37801-11	Fax: 02064 4733 - 11

die mich im Zusammenhang mit der folgenden Untersuchung/Auftrag behandelt haben.

gegenüber der folgenden Person:

Überbringer/Abholer: Name: _____ Vorname: _____

Ausgewiesen durch Personalausweisnummer: _____

oder

per Fax an:

Name: _____ Vorname: _____

Faxnummer: _____

Von der gesetzlichen Schweigepflicht und bitte Sie, die Bilder sowie die Befundberichte zur o.g. Untersuchung, herauszugeben.

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift, Patient