

**Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem.
§ 73 Abs. 1 b SGB V**

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass die Radiologie-Praxis im Dürerhof Bayreuth meinen Befundbrief zum Zweck der weiteren Behandlung per E-Mail übermittelt.

an mich persönlich an meinen weiterbehandelnden Arzt

	Name des Arztes:
Untersuchungsart:	Untersuchungsdatum:
Empfänger-E-Mailadresse:	

Das Kennwort zum Öffnen der verschlüsselten pdf-Datei erhalte ich fermündlich.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für anderes als die anschließende medizinische Behandlung darf mein behandelnder Arzt meine Untersuchungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.