

**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 oder per separater Mail.

Die vorstehende Einwilligung gilt solange, bis ich sie widerrufe. Diesen Widerruf kann ich zu jedem späteren Zeitpunkt - ganz oder teilweise - ohne Angabe von Gründen telefonisch, schriftlich oder per Mail an info@radiologie-bayreuth.de erklären.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Darüber hinaus stehen mir die weiteren in den Datenschutzhinweisen dargestellten Rechte zu.

(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.