

		<b>Qualitäts-Verfahrens- Handbuch</b>		<b>Institut für Radiologie &amp; Nuklearmedizin Bremerhaven</b>	
Dokument FB 2-7-14 IRNB CD-oder Befundanforderung von extern.docx	Version <b>1.0</b>	<b>CD- oder Befundanforderung von extern</b>		Datum 17.05.2018	Seite 1 von 1

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Adresse (anfragende(s) KH/Praxis, ggfs. Stempel)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**bitte zurücksenden  
an FAX Nummer:**

**0471-9444-211**

**Sehr geehrte/r Frau/Herr Kollegin/Kollege,**

**Sie haben Bilder und/oder Befunde von uns angefordert. Hierzu benötigen wir nach DSGVO eine erneute Einverständniserklärung des Patienten.** Nur im Falle des *Rechtfertigten Notstands gem. § 34 StGB* können wir Daten ohne Einwilligung des Patienten an Sie weitergeben. Liegt ein solcher Notfall vor, setzen Sie sich bitte mit unserem Datenschutzbeauftragten direkt telefonisch in Verbindung (0471-9444-155).

**Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von  
Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V**

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

**Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Daten, Bilder und Befunde übermittelt bekommt. Ich fordere hiermit insbesondere folgende Untersuchungen an:**

Untersuchung/Behandlung	vom (Datum)	Körperregion

Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich widerrufen kann, ist mir bekannt.

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift des Patienten**