

		Qualitäts-Verfahrens- Handbuch		Institut für Radiologie & Nuklearmedizin Bremerhaven	
Dokument FB 2-7-14 IRNB CD-oder Befundanforderung von extern.docx	Version 1.0	CD- oder Befundanforderung von extern		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