

Vorlage

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

FAX-Empfänger

Mammographie Screening Thüringen Nord West
Rudolf-Weiss-Str. 1a
99947 Bad Langensalza
FAX: 03603 3957720

Ihre Faxnummer

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 Daten ohne Einwilligung des Patienten an Sie weitergegeben. Liegt ein solcher Notfall vor, setzen Sie sich bitte mit unserer Datenschutzbeauftragten direkt telefonisch in Verbindung 03603/8957713.

Praxis- / Krankenhausadresse

Praxisstempel

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden - § 73 Abs. 1 b SGB V - **bitte zurück senden an FAX Nummer 03603/8957720**

.....
Name, Vorname

Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Daten, Bilder und Befunde der Screening-Einheit Thüringen Nord West übermittelt bekommt. Ich fordere hiermit insbesondere folgende Untersuchungen an:

Untersuchung/Behandlung	Vom(Datum)	Mammographien/Befunde/Arztbrief

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten