

---

# **Überörtliche Radiologische Gemeinschaftspraxis Marl/Haltern am See**

Dr. med. M. Mühlen - Dr. med. G. Koch - Dr. med. A. Wruck

Ärzte für Diagnostische Radiologie

Hervester Straße 57 - 45768 Marl - Tel. 02365 12093 - Fax 02365 12095

Gartenstraße 2 - 45721 Haltern am See - Tel. 02364 104388 - Fax 02364 169823

---

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## **Einwilligungserklärung Datenschutz**

Sehr geehrte Patientin, Sehr geehrter Patient

wir möchten gerne zu Ihrer optimalen medizinischen Versorgung beitragen. Sie wurden dazu von Ihrer Hausärztin/Ihrem Hausarzt oder einer Fachärztin/einem Facharzt zu einer Untersuchung in unsere Praxis überwiesen.

Die dabei entstehenden medizinischen Befunde werden in der Regel auch nur diesen Ärzten übermittelt. Manchmal ist es aber notwendig zur Beurteilung des aktuellen Befundes frühere Befunde oder Aufnahmen zum Vergleich anzufordern, ebenso kann eine konsiliarische Beurteilung Ihrer Befunde durch einen oder mehrere Spezialisten hilfreich sein. Sämtliche Datenübermittlungen erfolgen auf den gesetzlichen Grundlagen.

Sie können diese Einwilligung zur Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Bei fehlender oder widerrufenen Einwilligung ist nur eine Notfallbehandlung möglich. Sollten Sie Fragen haben, setzen Sie sich bitte mit unserem Personal vor Ort in Verbindung.

---

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in oder gesetzliche/r Vertreter/in)

**Tel.- Nr.:** \_\_\_\_\_