



Vor –und Nachname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Facharztpraxis für Diagnostische Radiologie Dres. med. R.Schubert, K. Rupp, L. Landgraf, G. Planitzer  
Nürnberger Str. 67, 10787 Berlin, Tel. 0302149810, Fax 03021498115, Email [kontakt@radio-logic.eu](mailto:kontakt@radio-logic.eu)

## Zustimmung zur Übermittlung von radiologischen Befunden an behandelnde Ärzte

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Der Übermittlung der in der o. g. radiologischen Praxis erstellten Bilder und Befunde  
an die mich behandelnden Ärzte<sup>1</sup>

- 1)  stimme ich zu
- 2)  stimme ich **ausdrücklich nicht** zu<sup>2</sup>

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

<sup>1</sup>Die Weitergabe von radiologischen Befunden erfolgt nur zum Zwecke der Behandlung. Für Anfragen durch Dritte (Versicherungen, Anwälte, Behörden etc.) benötigen wir von Ihnen eine gesonderte **Schweigepflichtsentsbindungserklärung**.

<sup>2</sup>Falls Sie einer Befundübermittlung nicht zustimmen, wird der anfordernde Arzt oder die die Ärztin von uns darüber unterrichtet.