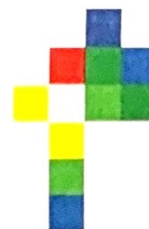


# Nuklearmedizinische Gemeinschaftspraxis

Dr. Kerstin Heinemann · Prof. Dr. Frank Weise



Nuklearmedizin · Schönebecker Str. 68 · 39104 Magdeburg

Dr. med. Kerstin Heinemann  
FÄ f. Nuklearmedizin  
FÄ f. Radiologie

Prof. Dr. med. habil. Frank Weise  
FA f. Nuklearmedizin  
FA f. Pathophysiologie

Schönebecker Str. 68  
39104 Magdeburg  
Telefon: 0391 / 40 20 443  
Telefax: 0391 / 40 20 445  
www.radiologie-pawlow.de

## Einwilligungserklärung zur Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Name Vorname Geb.-Datum

Krankenkasse

In Praxisgemeinschaft  
mit der Radiologie  
Dres. med. Fessel · Rogits · Wachter

Zertifizierter Kooperationspartner  
der DKG Krebsgesellschaft und  
der Deutschen Gesellschaft für  
Senologie

Mitglied im Brustzentrum  
der Klinik St. Marienstift

### 1. Übermittlung und Einholung von Patientendaten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Sie medizinisch bestmöglich und sorgfältig behandeln. Aus diesem Grund kann es notwendig sein, dass wir erforderliche Behandlungsdaten an andere mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermitteln oder von diesen anfordern müssen.

Mit der Auswahl **einer** der nachfolgenden Möglichkeiten und Ihrer Unterschrift auf diesem Formular, erteilen Sie **der Nuklearmedizinischen Praxis Dr. med. K. Heinemann/ Prof. Dr. med. F. Weise, Schönebecker Straße 68, 39104 Magdeburg** die hierfür erforderliche Einwilligung.

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten an sämtliche mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

**oder**

- Ich willige ein, dass erforderliche Behandlungsdaten ausschließlich an nachfolgende Ärzte oder Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen:

(Hier bitte Praxisname(n) und entsprechende Anschrift eintragen)

**oder**

- Ich lehne es ab, dass Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte oder mitbehandelnde Leistungserbringer übermittelt oder von diesen angefordert werden dürfen.

-bitte wenden-

## 2. Berechtigung Dritter

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, einzelne Angehörige oder sonstige Personen zu benennen, an welche wir, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Informationen über Ihre Behandlung herausgeben dürfen. Den Umfang der Herausgabe von Informationen bestimmen Sie selbst.

(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen) ----- -----	Umfang der Herausgabe von Informationen:  <input type="radio"/> Nur Rezepte  <input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten
(Hier bitte Name, Vorname, Geb.-Datum des Dritten eintragen) ----- -----	Umfang der Herausgabe von Informationen:  <input type="radio"/> Nur Rezepte  <input type="radio"/> Sämtliche Behandlungsdaten

## 3. Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

- Ich willige ein, dass ich mit meinem Namen aufgerufen werde

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Patienten bzw. des  
gesetzlichen Vertreters