

FORMULARIO DE TRANSMISIÓN DE DATOS PERSONALES

Por la presente, yo,

DATOS DEL PACIENTE	
_____	_____
Apellido(s), nombre	Fecha de nacimiento

doy mi consentimiento para que medneo transmita datos personales y médicos (sanitarios) que me conciernen, los cuales medneo ha recopilado en forma de

mi (pre)informe médico

- todos los informes disponibles
- únicamente el informe del siguiente chequeo:

Fecha: _____ Zona anatómica del chequeo: _____

o

todos los datos de mis chequeos, incluyendo (pre)informes e imágenes radiológicas

- todos los datos disponibles sobre chequeos
- únicamente los datos del siguiente chequeo:

Fecha: _____ Zona anatómica del chequeo: _____

al siguiente médico/consulta/centro médico y/o a la siguiente dirección de correo electrónico privada

DATOS DEL DESTINATARIO	

Apellido(s), nombre del médico/nombre de la consulta o el centro médico*	
_____	_____
Calle, número	Código postal, localidad
_____	_____
Número de fax	Opcional: Dirección de correo electrónico
Y/O	

Dirección de correo electrónico privada	
* Si el destinatario es un médico que trabaja <u>en el centro de diagnósticos de medneo</u> , basta con este nombre.	

Realizo las anteriores declaraciones de manera voluntaria. Soy consciente de que la declaración de consentimiento puede revocarse en cualquier momento y por escrito con efecto futuro frente a medneo.

Lugar, fecha	Firma del paciente*
--------------	---------------------

Rellene y envíe este formulario al siguiente **número de fax: +49 (30) 814501-7008**

* En nombre del paciente puede firmar un acompañante autorizado, por ejemplo, un titular del derecho de custodia**, un tutor legal o un representante legal autorizado.

** Si firma un único titular del derecho de custodia (por ejemplo, uno de los padres), este declara con su firma que invoca el derecho de custodia legal de forma individual o que su representación se lleva a cabo de acuerdo con el otro titular del derecho de custodia.