

# Einwilligungserklärung in die Befundweitersendung

Hiermit willige ich ein in die Weiterleitung meines Befundes an

den/die unten genannte/n Arzt/Praxis/Gesundheitseinrichtung

meine private E-Mail-Adresse

## Patientendaten

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.-Datum

\_\_\_\_\_  
Modalität (Gerät)

\_\_\_\_\_  
Untersuchungsregion

\_\_\_\_\_  
Datum des Befundes

\_\_\_\_\_  
Ersteller des Befundes (falls bekannt)

Bitte geben Sie vollständig die folgenden Empfängerdaten an, sonst kann die Weiterleitung nicht erfolgen:

## Empfängerdaten

\_\_\_\_\_  
Nachname, Vorname des Arztes

\_\_\_\_\_  
Name der Praxis bzw. Gesundheitseinrichtung

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Faxnummer

\_\_\_\_\_  
optional: E-Mail-Adresse

**oder**

\_\_\_\_\_  
private E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*

\* Für den Patienten kann eine unterschriftsberechtigte Begleitperson wie z.B. ein Sorgeberechtigter\*\*, Vormund oder Bevollmächtigter unterzeichnen.

\*\* Unterschreibt ein Sorgeberechtigter (z. B. Elternteil) alleine, erklärt er mit seiner Unterschrift, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen sorgeberechtigten Teil handelt.