

## 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

| <b>PATIENTENDATEN</b>  |  |
|--|--|
| <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nachname, Vorname  | <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Geb.-Datum                             |
| <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Modalität (Gerät)  | <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Untersuchungsregion                    |
| <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Datum des Befundes | <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Ersteller des Befundes (falls bekannt) |

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

| <b>EMPFÄNGERDATEN</b>  |  |
|--|--|
| <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nachname, Vorname des Arztes / Name der Praxis bzw. Gesundheitseinrichtung |  |
| <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Straße, Hausnummer   | <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Postleitzahl, Ort        |
| <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Faxnummer  | <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> optional: E-Mail-Adresse |
| <b>ODER</b>  |  |
| <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> private E-Mail-Adresse   |  |

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

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

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an folgende **Faxnummer: +49 (30) 814501-7008**

\* 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.