



Einwilligung Datenschutz

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail Adresse (freiwillig. Angabe für Befundversand)

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Einwilligungserklärung zum Datenschutz

- Ich willige ein, dass im Radiologischen Zentrum Wiesloch / Sinsheim meine Patientendaten erhoben, gespeichert und verarbeitet werden. Insbesondere bin ich zum Zwecke der Weiterbehandlung mit der Übermittlung der Befunde und / oder Bildmaterial der Untersuchung an behandelnde Ärzte einverstanden.
- Ich willige ein, dass das Radiologische Zentrum Wiesloch / Sinsheim zum Zwecke der Befundung die Befunde und / oder Bildmaterial einholt.
- Ich willige in einen unverschlüsselten E-Mailversand meiner Befunde, einschließlich personenbezogener Daten, an die oben genannte E-Mail Adresse ein.

Patientenvollmacht

Ich bevollmächtige folgende Person _____ geboren am _____ in meinem Namen alle Unterlagen / Dokumente, die meine Person betreffen, abzuholen bzw. entgegenzunehmen.

Datum, Unterschrift Patient/in (ggf. gesetzlicher Vertreter)

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärungen über die Entbindung von der Schweigepflicht, Einwilligung in die Übermittlung der Daten und Bevollmächtigung Dritter jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.