

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Name:

Geb. Datum:

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Befunde/Voraufnahmen von mir bei meinen Ärzten einholen kann

ja nein

Hiermit willige ich ein, dass die Radiologie München Süd West die Ergebnisse meiner Untersuchung an meine weiterbehandelnden Ärzte weitergeben darf

ja nein

Mit der Verarbeitung meiner eingetragenen personenbezogenen Daten bin ich einverstanden

ja nein

Mir ist bekannt, dass diese Einwilligungen freiwillig sind. Ich weiß, dass ich diese jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen kann

München, den

.....
Unterschrift des Patienten

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten