MVZ Radiologie München Süd West

# Persönliche Daten zur Abrechnung von Leistungen gegenüber privatversicherten und selbstzahlenden Patienten

Als Privatpatient wünsche ich die Untersuchung/Behandlung durch die Radiologie München Süd West.

## Behandlungsvertrag

**Name der Privatkasse** _____

**Überweisender Arzt** _____

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon (tagsüber) _____

E-Mail _____

**Untersuchung** _____

Mit einer Liquidation nach GOÄ (amtliche Gebührenordnung) bin ich einverstanden.
Ich verpflichte mich, dass nach der GOÄ berechnete Honorar selbst zu tragen, sofern Versicherung und /oder Beihilfe es nicht oder nicht in vollem Umfang übernehmen.

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung**

Hiermit willige ich ein, dass die Praxis Befunde von mir bei meinen Ärzten einholen kann. ☐ Ja ☐ Nein

Hiermit willige ich ein, dass die Radiologie München Süd West die Bilder und Ergebnisse meiner Untersuchung an den/die weiterbehandelnden Ärzte weitergeben darf. ☐ Ja ☐ Nein

**Vollmacht:**

Ich bevollmächtige folgende Person _____ geboren am _____

in meinem Namen alle Unterlagen / Dokumente, die meine Person betreffen, abzuholen bzw. entgegenzunehmen.

Mit der Verarbeitung meiner zuvor eingetragenen personenbezogenen Daten bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass die zuvor erteilten Einwilligungen freiwillig sind. Ich weiß, dass ich diese jederzeit für die Zukunft ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen kann.

| Ort, Datum | Unterschrift des Patienten | Unterschrift des Erziehungsberechtigten |
|---|---|---|