

	<p>Менеджмент качества</p> <p>Защита данных</p> 	<p><b>Радиология Баден-Баден</b></p> <p>Доктор медицины Клаус Майер  Доктор медицины Андреас Штольдт  Доктор медицины Штефан Ладнер  Профессор, доктор медицины Кристиан Платов, M. Sc.  Приват-доцент, доктор медицины Мориц Пальмовски</p>
---	---	--

Имя, фамилия:

Номер пациента:

Дата рождения:

**Согласие в соответствии со ст. 7 Общего регламента по защите данных, §51 закона о приспособлении и реализации закона о защите данных (новая редакция Федерального закона о защите данных) и §73 1b Социального кодекса, часть V**

Настоящим я даю согласие

на получение, обработку и передачу моих данных, в том числе данных о моем здоровье, лечащими врачами и врачами, осуществляющими дальнейшее лечение, и другими поставщиками услуг с целью лечения и оплаты согласно §630a абз. 1 ГК.

Исключительно с целью передачи данных врачам, осуществляющим дальнейшее лечение, я освобождаю моего лечащего врача от обязательства хранить врачебную тайну в соответствии с §203 УК. Это требуется для коммуникации с Вашими лечащими врачами и врачами, осуществляющими дальнейшее лечение, посредством потенциально небезопасных каналов связи, таких как факс и электронная почта.

Мне была предоставлена вся информация о сборе данных в соответствии со статьями 13 и 14 Общего регламента по защите данных.

Меня проинформировали, что при отсутствии согласия/освобождения от обязательства хранить врачебную тайну лечение может быть недостаточным.

Меня проинформировали, что я могу отозвать это заявление в любое время, полностью или частично, в письменной форме, причем такой отзыв не имеет обратной силы.

По Вашей просьбе можно сделать копию этого листа.

Баден-Баден, дата

x

Место/Дата

Подпись