

	<p>Менеджмент качества</p> <p>Защита данных</p> 	<p>Радиология Баден-Баден</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>
---	---	--

Согласие/Доверенность в соответствии со ст. 7 Общего регламента по защите данных

Настоящим я даю согласие

имя пациента (пациентки)

на передачу моих данных

(имя, фамилия, дата рождения, адрес, номер телефона, номер пациента, клинические данные, вид обследования и результаты обследования/заключение, дата, врач, выдавший направление, и лечащий врач)

(кому)

имя получателя

Для передачи моих данных я освобождаю моего врача и его ассистентов от обязательства хранить врачебную тайну в соответствии с §203 УК.

Я могу отозвать свое согласие в любое время, причем такой отзыв не имеет обратной силы.

Место, дата

Подпись пациента (пациентки)