

Pat.-Nr.	_____
Nachname:	_____
Vorname:	_____
Geb.- Datum:	_____
Tel.-Nummer:	_____
Anschrift:	_____
Krankenkasse:	_____
	_____ Postbeamten B: KVB I bis III oder KVB IV
Befundbericht an	_____

Erklärung über die Einwilligung: Nach gründlicher Überlegung willige ich in die computertomographische Untersuchung ein.

Nur für Frauen: Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? **Nein** **Ja**

Gemäß § 73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass meine behandelnden Ärzte Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln. Auf Wunsch erhalten Sie eine Kopie dieses Bogens.

Baden-Baden, den
Unterschrift des Arztes
Dr.Meier/ Dr.Ladner/Prof.Dr.Plathow/Dr.Stoldt/Dr.Palmowski

Unterschrift des Patient/in bzw. Betreuer
Bevollmächtigter/Sorgeberechtigter