

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