

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <p>Qualitätsmanagement</p> <p>Datenschutz</p>  | <p>Radiologie Baden-Baden</p> <p>Dr. med. Klaus Meier Dr. med. Andreas Stoldt Dr. med. Stefan Ladner Prof. Dr. med. Christian Plathow, M.Sc. PD Dr. med. Moritz Palmowski</p> <p>Stand:17.05.2018</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Einwilligung/Vollmacht nach Artikel 7 DSGVO

Hiermit willige ich

Name Patient/in

in die Weitergabe meiner Daten

(Vor- und Zuname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer, Patientenummer, klinische Angaben, Untersuchungsart und Befund/ Beurteilung, Termin, überweisender und behandelnder Arzt

an

Name Empfänger/in

ein. Zur Weitergabe meiner Daten entbinde ich meinen Arzt und dessen Gehilfen von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.

Meine Einwilligung kann ich jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in