

Einverständniserklärung

zur
Übermittlung und Anforderung
von Behandlungsdaten und Befunden
(nach § 73 Abs. 1 b SGB V)

Name

Vorname

Geb.- Datum

ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Diagnosticum Visiorad MVZ GmbH auf die Daten meiner elektronischen Patientenakte (ePA) zugreifen darf. Bilder und Befunde dürfen heruntergeladen und hinzugefügt werden.

ja nein

Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Befunde und Bilder an meine überweisenden und weiterbehandelnden Ärzte einverstanden und entbinde den mich zunächst behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht zu diesem Zweck.

ja nein

Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Wir möchten Sie darüber informieren, dass sich die **VISIORAD GbR** ab dem **01.10.2023** zur **Diagnosticum Visiorad MVZ GmbH** umfirmiert.

Über die erfolgte Praxisübernahme wurde ich hiermit informiert. Für die weitere Behandlung stimme ich der Einsichtnahme von Diagnosticum Visiorad MVZ GmbH in meine bisher durch die Visiorad GbR geführten Patientenunterlagen zu.

Ort/ Datum

 Unterschrift Patient/-in oder
 Erziehungsberechtigter oder
 Bevollmächtigter (Nachweis erforderlich!)