

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 Visiorad GbR 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.
- ja** **nein** Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann.

Ort/ Datum

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