

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

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb.datum

- Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Befunde und Bilder an meine überweisenden und weiterbehandelnden Ärzte einverstanden!
- Ich bin damit einverstanden, dass die Visiorad Gbr bei meinen überweisenden und behandelnden Ärzten Informationen aus meiner Patientenakte anfordern darf und diese die angeforderten Befunde und Bilder aushändigen dürfen.
- Mir ist bekannt, dass ich dieses Einverständnis jederzeit widerrufen kann!

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

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