



Dr. med. René Schimke  
FA für Diag. Radiologie u. Nuklearmedizin

Dr. med. Christoph Sommergruber  
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Dr. Christoph Weiß  
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Werastraße: Röntgen, Mammogr., Sonogr., Kernspintomogr. (MRT), Computertomogr. (CT),  
Strahlentherapie, Schmerztherapie      Klinikum FN: Nuklearmedizin

[www.radiologie-friedrichshafen.de](http://www.radiologie-friedrichshafen.de)

## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich, ..... geb. ....  
(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass in der Radiologischen Gemeinschaftspraxis meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz

über den Umfang und die Art meiner Daten

über die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung

über die Möglichkeiten, Widerspruch einzulegen und über die Folgen dessen,

zu welchem ich auch Rückfragen stellen kann, liegt in der Praxis aus.

Ich erkläre mich einverstanden, dass

mich betreffende Befunde und Bilder bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden können

mich betreffende Befunde und Bilder an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer übermittelt werden dürfen. Darunter fallen beispielsweise auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten (etwa Blutwerte) in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung, Diagnose und Abrechnung nach § 630a Abs. 1 BGB erforderlich sind. Ich bin einverstanden, dass die Aufnahmen auch Kooperationsärzten zur Verfügung gestellt werden.

Hiermit entbinde ich meinen behandelnden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB zur Übermittlung meiner Daten per Fax oder Email.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin über die Folgen eines Widerrufs aufgeklärt worden.

Friedrichshafen, den .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters