

## **Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungs-Erklärung für Patient/-Innen des RZM**

Das Radiologie Zentrum sichert Ihnen einen vorsichtigen Umgang mit persönlichen Daten zu. Selbstverständlich halten wir uns an die aktuellen datenschutzrechtlichen Regelungen wie die Datenschutzgrundverordnung. Ebenso selbstverständlich werden im Rahmen der Patientenversorgung weder persönliche noch anonymisierte Daten zu Werbezwecken oder aus finanziellem Interesse an Dritte weitergegeben.

**Aus rechtlichen Gründen sind wir auf Ihre Einwilligung angewiesen, um Diagnostik bzw. Therapie in Ihrem Sinne durchführen zu können.**

Ihr radiologischer Befund wird an den überweisenden Arzt übermittelt. Oft ist es notwendig, dass auch weitere Ärzte **für Ihre Behandlung** Befunde, Diagnosen, Therapie-Auskünfte oder Bilder übermittelt bekommen müssen. Ferner benötigen auch wir **für eine bestmögliche Beurteilung Ihrer Bilder** z.T. auch die radiologischen Voraufnahmen und medizinischen Vorbefunde.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich,**

- dass ich von den „Datenschutzhinweisen für Patienten und Patientinnen des RZM (Version 21.06.2018)“ und der möglichen Weitergabe meiner Daten an Auftragsverarbeiter Kenntnis genommen habe (Die Information zum Umgang mit Patientendaten gemäß DSGVO, sowie die Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung liegen in der Praxis zur Einsicht aus)
- dass die für meine Behandlung erforderlichen Befunde, Diagnosen, Therapie-Auskünfte oder Bilder an meine behandelnden Ärzte weitergegeben und / oder von diesen angefordert werden dürfen

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

---

**Datum, Unterschrift Patient/In**  
bzw. Erziehungsberechtigte/r oder gesetzl. Vertreter