



Radiologie und
Nuklearmedizin
im Zentrum Vital

Entbindung von der Schweigepflicht

Name des Patienten: : _____

Geburtsdatum: _____

Für die Kommunikation mit unserer Praxis (Terminbestätigung, Änderungen, Rückfragen, ect.) erteile ich die Genehmigung für folgende Wege:

Telefon Festnetz: Nummer: _____

Mobil inkl. SMS: Nummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Dr. med. Uwe Rößler
Dr. med. Nurettin Durdu
Dr. med. Charlotte Reichel
Dr. med. Eric Schlaudraff
Dr. med. Nicolai Schramm
Dr. med. Norbert Schmidt (ang. Arzt)

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, an **weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken** übermittelt werden dürfen. Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

Magnetresonanztomographie
Computertomographie
Nuklearmedizin
Mammographie
Digitales Röntgen
Ultraschall

Ferner bin Ich damit einverstanden, dass Informationen an die folgenden Personen/Angehörigen weitergegeben werden nachdem deren Identität festgestellt wurde.

Sprechstunden:
Mo. – Do. 8:00 – 18:00 Uhr
Fr. 8:00 – 17:00 Uhr
Termine nach Vereinbarung

Name/Geburtsdatum: _____

Zentrum Vital
Gerloser Weg 20
36039 Fulda

Name/Geburtsdatum: _____

Telefon: 0661-902 950
Telefax: 0661-902 9524

Name/Geburtsdatum: _____

praxis@radiologie-fulda.de
www.radiologie-fulda.de

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Bankverbindung
Sparkasse Fulda
IBAN:
DE71 5305 0180 0000 0482 06
BIC: HELADEF1FDS

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

