

Entbindung von der Schweigepflicht



Radiologie und
Nuklearmedizin
im Zentrum Vital

Name Patient/-in: _____

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: _____

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.

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

Name/Geburtsdatum: _____

Name/Geburtsdatum: _____

Name/Geburtsdatum: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in



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

Magnetresonanztomographie
Computertomographie
Nuklearmedizin
Mammographie
Digitales Röntgen
Ultraschall

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

Zentrum Vital
Gerloser Weg 20
36039 Fulda

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

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

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

