

## 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

