



Radiologie und  
Nuklearmedizin  
im Zentrum Vital

## Einwilligung und Entbindung von der Schweigepflicht



Name des Patienten: : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Telefon Festnetz:  Nummer: \_\_\_\_\_

Mobil inkl. SMS:  Nummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse:  \_\_\_\_\_

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

Öffnungszeiten:  
Mo.–Fr. 8:00–16:00 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

Über die Verarbeitung meiner Daten gem. Art. 13 DSGVO wurde ich informiert und bin mit der Verarbeitung einverstanden. Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO). Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass bei mir erhobene Befunde an meine behandelnden Ärzte übermittelt und auch Befunde von anderen Leistungserbringern eingeholt werden dürfen.

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

