

Anforderung Röntgenbilder / Patientenunterlagen

PATIENT

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse

Straße: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Land: _____

BENÖTIGTE UNTERLAGEN

- Röntgenbilder (vom Datum _____ / alle)
- _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Patientenunterlagen und Röntgenbilder weitergegeben werden. Der Versand soll erfolgen:

- per e-Mail / online
- per Post (es können Bearbeitungs- & Versandgebühren entstehen)

Mir ist bewusst, dass der Übertragungsweg über das Internet potentiell unsicher ist und meine Unterlagen von unbefugten Personen eingesehen werden könnten. E-Mails werden ggf. unverschlüsselt übertragen.

EMPFÄNGER DER UNTERLAGEN

Name _____

Adresse: _____

e-Mail: _____

Telefon / Fax: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter: _____

Bei minderjährigen Patienten: unterschreibt nur ein Elternteil, erklärt dieses mit seiner Unterschrift, in Übereinstimmung mit dem anderen Elternteil zu handeln