



## Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten

Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Radiologie Im City Plaza meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden. Ein Informationsblatt zum Datenschutz über den Umfang und die Art meiner Daten, die Rechtsgrundlagen der Verarbeitung und die Möglichkeit Widerspruch einzulegen, liegt in der Praxis aus.

Ja (bitte ankreuzen), ich erkläre mich einverstanden, dass

- mich betreffende Behandlungsdaten, Aufnahmen und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung **angefordert** werden können
- mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich behandelnde weitere Ärzte und Leistungserbringer **übermittelt** werden dürfen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft schriftlich widerrufen kann.

Eine Ausfertigung der Unterlagen, die im Zusammenhang mit der Aufklärung oder Einwilligung unterzeichnet werden, können von mir eingefordert werden: per Mail an die Datenschutzbeauftragte [goldberg@radiologie-city-plaza.de](mailto:goldberg@radiologie-city-plaza.de) oder telefonisch 0711 699 481-25.

Stuttgart, den

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters