



## **Widerruf meiner Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten**

Ich widerrufe mit meiner Unterschrift die der Radiologie Im City Plaza, Rotebühlplatz 21 in 70178 Stuttgart am

.....

erteilte Einverständniserklärung.

Stuttgart, den

---

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters