

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Herausgabegenehmigung

Hiermit entbinde ich,

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb-Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

alle Ärzte und deren Mitarbeiter/-innen  
der  
**Borad GbR**  
**Überörtliche Gemeinschaftspraxis**  
**für Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlentherapie**  
**Hochstr. 20**  
**46236 Bottrop**  
Tel.: 02041-1840-1333 / Fax: 02041-1840-91010  
Weitere Faxnummern in der Fußzeile.

die mich im Zusammenhang mit der folgenden Untersuchung/Auftrag  
behandelt haben

gegenüber der folgenden Person:

Überbringer/Abholer: Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

ausgewiesen durch Personalausweisnummer: \_\_\_\_\_

oder

per Fax an:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Faxnummer \_\_\_\_\_

von der gesetzlichen Schweigepflicht und bitte Sie, die Bilder sowie die Befundberichte  
zur o.g. Untersuchung, herauszugeben.  
Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

-----  
Ort, Datum

Unterschrift, Patient

### Weitere Faxnummern:

Radiologie am Centro **0208/ 82875 92000**

Radiologie MHB **02041/1840 91700**

Strahlentherapie Bottrop **02041/1840 91800**

Strahlentherapie Dinslaken **02064/6099 94800**

Strahlentherapie Dorsten **02362/6780 93800**

Nuklearmedizin Dorsten **02362/6780 93400**

Radiologie Helios **0208/82875 92100**