

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**