

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
46236 Bottrop**

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

Untersuchung/en/Therapie _____

gegenüber der folgenden Person:

Überbringer/Abholer: Name: _____ Vorname: _____

ausgewiesen durch Bild-/Personalausweis: _____

oder

per Fax an:

per Teleradiologie an:

Name: _____ Vorname: _____

und/oder Praxis _____

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

An folgende Abteilung:

<input type="radio"/> Radiologie am Centro 0208/ 82875 92000	<input type="radio"/> Strahlentherapie Dorsten 02362/6780 93800
<input type="radio"/> Radiologie MHB 02041/1840 91700	<input type="radio"/> Telefonzentrale 02041/1840 91010
<input type="radio"/> Strahlentherapie Bottrop 02041/1840 91800	<input type="radio"/> Radiologie / NUK Hochstr. 20, Bottrop 02041/1840 91300
<input type="radio"/> Strahlentherapie Dinslaken 02064/6099 94800	