

**Erklärung über die Entbindung 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 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 e-Arztbrief (KIM Adresse)** \_\_\_\_\_

**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 <b>0208/ 82875 92000</b>	<input type="radio"/> Strahlentherapie Dorsten <b>02362/6780 93800</b>
<input type="radio"/> Radiologie MHB <b>02041/1840 91700</b>	<input type="radio"/> Telefonzentrale <b>02041/1840 91010</b>
<input type="radio"/> Strahlentherapie Bottrop <b>02041/1840 91800</b>	
<input type="radio"/> Strahlentherapie Dinslaken <b>02064/6099 94800</b>	