



Schweigepflichtsentbindung bzgl. der Patientenunterlagenübermittlung

Ich, _____, geb.: _____
Name, Vorname (bitte in DRUCKBUCHSTABEN)

erkläre mich einverstanden, dass die MRT-Praxis Leipzig im weiteren Behandlungsverlauf Daten, (MRT-Befunde und -Bilder), die mich betreffen, an mich weiter behandelnde Ärzte sowie Leistungserbringer übermitteln kann.

Mir ist bekannt, dass diese Erklärung zu jeder Zeit ganz oder teilweise für die Zukunft von mir widerrufen werden kann. Die Folgen einer Einwilligung oder Verweigerung sind mir bekannt.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters