



Ärztehaus am Bethesda Krankenhaus Mönchengladbach

Name:
Vorname:
Geb.Datum:

Ärztehaus Albertuszentrum Mönchengladbach

Praxis Viersen-Dülken



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Praxen und Krankenhäuser bei Anfrage bzgl. Voraufnahmen und Voruntersuchungen
- Auftragslaboratorien zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die bei uns praxisintern nicht durchgeführt werden können
- Zu wissenschaftlichen Zwecken (auch Anwendungen mit "künstlicher Intelligenz")
- Pathologie
- Privatärztliche Verrechnungsstelle

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Radnet Care GmbH mit- und weiterbehandelnden Ärzten Auskunft bzgl. meiner Daten geben darf.

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ Radnet Care GmbH für Radiologie und Nuklearmedizin, die zur Befundung benötigten Voraufnahmen und Vorbefunde anfordern darf und praxisinternes, vorhandenes Befund-, Bericht- und Bildmaterial eingesehen werden darf.

Meine Befundunterlagen dürfen im Bedarfsfall auch an folgende Personen unter Vorlage eines Identitätsnachweises weitergegeben werden. Hier bitte keine Ärzte eintragen!

Name, Vorname Geburtsdatum

Name, Vorname Geburtsdatum

Ich bin berechtigt gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit schriftlich zu widerrufen.

Datum **Unterschrift** _____

Email: _____

Telefon: _____