

VOLLMACHT & EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ABHOLUNG VON BEFUNDEN/UNTERSUCHUNGSaufNAHMEN

Patientin/Patient

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

Mir ist bekannt, dass nach der neuen Datenschutzgrundverordnung keine Befunde und/oder Untersuchungsaufnahmen ohne meine ausdrückliche Einwilligung an Angehörige oder andere Personen zur Abholung herausgegeben werden dürfen.

Ich berücksichtige, dass ohne Angabe aller erforderlichen Daten und ohne unterschriebene Einwilligungserklärung, keine Abholung der genannten Dokumente durch einen Angehörigen oder eine andere Person möglich ist.

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass folgende Unterlagen

☐ alle vorhandenen Befunde/Untersuchungsaufnahmen

oder

☐ Befund/Untersuchungsaufnahmen der folgenden Untersuchung

Datum der Untersuchung _____ Organ _____ ggf. Seitenangabe der Untersuchung _____

an folgenden Angehörigen oder andere Person

Bevollmächtigte/r

Name _____ Vorname _____ geb. am _____

zur Abholung ausgehändigt werden dürfen.

Es ist mir bewusst, dass auf Basis der ausgehändigten Dokumente ein Rückschluss auf das jeweilige Krankheitsbild möglich sein kann.

Ich teile dem Abholer mit, dass er sich vor der Aushändigung der Befunde/Untersuchungsaufnahmen ausweisen muss.

x

Datum, Unterschrift Patientin/Patient