



## Radiologische Gemeinschaftspraxis Fleischstraße Trier

Dr. med. Martin Amberger  
Dr. med. Britt Gajek  
Dr. med. Jörg Jeibmann  
Dr. med. Stefan Lieser

Radiologie und Nuklearmedizin  
Radiologie  
Radiologie  
Radiologie und Neuroradiologie

### Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten

gem. § 73, Abs. 1 b SGB V und § 9, Abs. 4 Berufsordnung für Ärzte

Ich: (Durch den Patienten auszufüllen!)

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Krankenkasse

erkläre mich einverstanden, dass

- die radiologische Gemeinschaftspraxis, die mich betreffenden **Behandlungsdaten und Befunde** zum Zwecke der Weiterbehandlung an mitbehandelnde Ärzte **übermitteln darf**. Die Übermittlung dient der Information der vor- bzw. weiter-behandelnden Ärzte.
  
- die radiologische Gemeinschaftspraxis, die mich betreffenden **Behandlungsdaten und Befunde** zum Zwecke der Weiterbehandlung bei mitbehandelnden Ärzten **anfordern darf**. Diese Anforderung ermöglicht es dem Radiologen, Voruntersuchungen mit der aktuellen Untersuchung zu vergleichen.

Anmerkung:

---

---

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters