



**Déclaration de consentement
relative à la collecte/à la transmission des données
de patients suivant § 73, al. 1 b du Code social allemand (SGB V)
et § 9 (4) du Code des professions pour les médecins**

Je, soussigné(e): (À remplir par la patiente/le patient !)

Nom, prénom

Date de naissance

Caisse maladie

déclare que je consens à ce que

- le cabinet de groupe en radiologie transmette les données des soins et observations me concernant à des médecins traitants dans le but de poursuivre les soins. La transmission sert à informer les médecins assurant la poursuite du traitement.
- le cabinet de groupe en radiologie puisse demander les présentes données des soins et observations auprès de mes médecins traitants dans le but de poursuivre les soins. Cette demande doit permettre au radiologue de comparer des examens préliminaires avec l'examen actuel.

J'ai connaissance du fait que je peux révoquer à tout moment la présente déclaration en tout ou en partie pour le futur.

Lieu, Date

Signature de la patiente/du patient ou du représentant légal