



**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

**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)**

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.

Mon médecin de famille / médecin référent est :

---

---

---

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)