

**Einverständniserklärung**  
**zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten**  
**gem. § 73 Abs. 1 b SGB V**

**Ich erkläre mich einverstanden, dass die Radiologische Praxis Hofbauer Danz Fischer im aktuellen Behandlungsfall**

die für eine exakte Planung und Durchführung sowie anschließende Beurteilung der Untersuchung benötigten Behandlungsdaten/Befunde oder Voraufnahmen von den betreffenden Arztpraxen/Kliniken anfordern darf

die Untersuchungsergebnisse/Befundberichte an den überweisenden Arzt/die überweisende Klinik

---

übermittelt werden dürfen

die Untersuchungsergebnisse/Befundberichte bei Bedarf und entsprechender Anforderung an weiterbehandelnde Kollegen und Kliniken übermittelt werden dürfen

**Ich kann jederzeit von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft ändern oder widerrufen. Dieser Widerruf kann postalisch, per E-Mail oder per Fax an die Praxis Hofbauer Danz Fischer übermittelt werden.**

---

(Ort, Datum) (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

**Datenschutz**

Den Schutz Ihrer persönlichen Daten nehmen wir sehr ernst und halten uns strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Personenbezogene Daten werden nur im Rahmen der Behandlung erhoben und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer Einwilligung.

**Die aktuell gültige und vollständige Information zum Datenschutz finden Sie im Aushang am Empfang sowie in den Auslagen in den Wartezimmern.**