

## Einwilligungserklärung zur Befund- und/oder Bildanforderung

Sehr geehrter Patient, sehr geehrte Patientin,  
Sie sind bei uns in Behandlung:

[Stempel der Praxis/Klinik einfügen]

Für Ihre Behandlung benötigen wir die Befunde und/oder Bilder, die im Rahmen Ihrer Behandlung in der **Radiologie** der Rems-Murr-Kliniken gGmbH, **Rems-Murr-Klinikum Winnenden**, angefertigt wurden. Wir bitten Sie hiermit um Ihr Einverständnis, dass die Rems-Murr-Kliniken gGmbH uns Ihre Befunde und/oder Bilder übermitteln darf.

Ich, **Patientenname** (Vor- und Nachname): \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

bin damit einverstanden, dass die Rems-Murr-Kliniken gGmbH folgende Befunde und/oder Bilder, soweit diese für meine aktuelle Behandlung erforderlich sind, an die o. g. Praxis/Klinik übermitteln darf:

- Röntgen** (Region) \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_
- CT** (Region) \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_
- MRT** (Region) \_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_
- Mammographieaufnahmen** vom \_\_\_\_\_

Die Daten werden jeweils nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt worden sind.

Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn ich eine Einwilligung nicht erteile, kann dies möglicherweise zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.

Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs finden keine weiteren Datenübermittlungen zwischen der o. g. Praxis/Klinik und der Rems-Murr-Kliniken gGmbH statt. Die Widerrufserklärung ist an die Rems-Murr-Kliniken gGmbH, Am Jakobsweg 1, 71364 Winnenden zu richten. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er der Rems-Murr-Kliniken gGmbH zugeht. Er hat keine Rückwirkung, so dass die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt rechtmäßig bleibt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Patient

Patientenname (Vor- und Nachname) \_\_\_\_\_

**Auszufüllen von den Mitarbeitern der Praxis/Klinik:**

Telefonnummer Praxis oder Klinik für Rückfragen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Faxnummer: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen der Rems-Murr-Kliniken gGmbH,

bitte senden Sie uns die o. g. Befunde und/oder Bilder

auf **CD**             per **Chili** (Teleradiologie)             **schriftlicher Befund.**

**Falls per Post, bitte adressieren Sie namentlich an:**

Herrn/Frau \_\_\_\_\_

Station/Abteilung \_\_\_\_\_

Stempel der Praxis/Klinik:

Kontaktdaten der Stelle, bei der die Befunde und/oder Bilder (**welche ausschließlich in der Radiologie, Rems-Murr-Klinikum Winnenden erstellt wurden**) angefordert werden:

**Bitte nur per Fax: 07195 591-935000**

**Rems-Murr-Kliniken gGmbH**

**Radiologie**

Zentrale Annahmestelle für CD, Bild- und Befundanforderung

Am Jakobsweg 1

71364 Winnenden