MVZ MÜLHEIM
Radiologie

Aufklärung Arztbericht per E-Mail

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

E-Mail Adresse:

_____

(bitte gut leserlich)

Das versenden des Arztbriefes per Mail wird von mir gewünscht?

Nein		Ja	

Hiermit gebe ich mit meiner Unterschrift das ausdrückliche Einverständnis zur Übertragung meines Befundes per Mail.

Die aktuellen Datenschutzrichtlinien sind mir bekannt, ich habe hierzu keine weiteren Fragen.

_____ X_____

Datum: Unterschrift Patient:

Widerruf zur Übertragung meines Befundes per Mail

Hiermit widerrufe ich das Einverständnis zur Übertragung meines Befundes per Mail.

_____ X_____

Datum: Unterschrift Patient: