MVZ MÜLHEIM
Radiologie

Aufklärung Bildtransfer ins Ev. Krankenhaus

Name:_____Vorname:_____Geb.Datum:_____

Telefonnummer:_____

Um die Zusammenarbeit mit den Fachabteilungen des Ev. Krankenhauses und angebunden Praxen zu vereinfachen, ist es möglich die Bilder in das System des Ev. Krankenhauses einzuspielen. So können die Kollegen die Bilder zeitnah z.B. im Rahmen von interdisziplinären Besprechungen oder Tumorkonferenzen vorstellen.

Aus Datenschutzgründen weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass Ihre Daten und das Bildmaterial für alle Mitarbeiter des Krankenhauses sichtbar sind, die Zugang zu diesem Datensystem haben. Selbstverständlich sind auch diese Mitarbeiter an die Vorschriften des Datenschutzes und der Schweigepflicht gebunden.

Wird die Übertragung der Bilder von Ihnen gewünscht?

Nein		Ja	

Mit meiner Unterschrift gebe ich mein Einverständnis zur Bildübertragung und habe hierzu keine weiteren Fragen.

_____ X_____

Datum: Unterschrift Patient

Widerruf für den Bildtransfer ins Ev. Krankenhaus

Hiermit widerrufe ich meine oben erteilte Einwilligung für den elektronischen Bildtransfer ins Speichersystem des Ev. Krankenhauses.

_____ X_____

Datum: Unterschrift Patient