

Schweigepflichtsentbindung

Ich _____
[Name, Geburtsdatum]

entbinde folgende Ärzte der Praxis

MVZ-Radiologie-Netz-MV GmbH

Greifswald, Rostock, Wismar, Waren
Dres. med. Sommer/ Resech

von ihrer Schweigepflicht und erkläre mich damit einverstanden folgende Befunde/ Bilder unverschlüsselt und ggf. elektronisch an unten genannte Empfänger zu senden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

MRT vom _____

CT vom _____

Röntgen vom _____

Mammographie vom _____

_____ vom _____

Empfänger:

Ort, Datum

Unterschrift/ ggf. gesetzl. Vormund