

Name des Patienten

Vorname

geb. am

Telefon

E-Mail

Beruf

Überweisender Arzt oder Zahnarzt

Allergie gegen Medikamente? ggf. gegen

Nach der Röntgenverordnung müssen wir Sie fragen:

Sind aktuelle Röntgenbilder vorhanden?

 Ja Nein

Bei weiblichen Patienten: Schwangerschaft?

 Ja Nein

Die ausliegenden Informationen zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ja, ich stimme bis auf schriftlichen Widerruf dem Versand von Arztberichten und Röntgenbildern an mitbehandelnde Ärzte / Zahnärzte per **E-Mail** zu.
Der Versand erfolgt verschlüsselt.

Nein, ich wünsche bis auf schriftlichen Widerruf den Versand von Unterlagen an mitbehandelnde Ärzte / Zahnärzte ausschließlich **per Post**.

Hamburg, den

Unterschrift