

Krankenversicherung _____ Erhalten Sie Beihilfe? Ja Nein

Name des Hauptversicherten _____ Vorname _____ geb. am _____

Name des Patienten _____ Vorname _____ geb. am _____

Straße / Hausnummer _____ Postleitzahl / Stadt _____

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