

## Einverständniserklärung von Erziehungsberechtigten bzw. gesetzlichen Vertretern

Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter/in: bitte in Druckbuchstabe ausfüllen

Name: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Ggf. Behörde: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die angegebene Anschrift entspricht gleichzeitig der Rechnungsanschrift im Falle der Privatliquidation.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass bei

Name, Vorname, Geburtsdatum Patient/in _____ bzw. Patientenetikett wird im RZM hinzugefügt
--

- eine Untersuchung mit eventueller Kontrastmittelgabe durchgeführt wird.
- eine Untersuchung unter Verwendung von Röntgenstrahlen durchgeführt wird.
- eine nuklearmedizinische Untersuchung mit Verabreichung einer radioaktiven Substanz durchgeführt wird.

Diese Einwilligung ersetzt nicht die Aufklärung im Vorfeld der Untersuchung, welche zusätzlich zwingend erforderlich ist.

**Einwilligungserklärung Datenschutz:** Gemäß den Vorschriften des Sozialgesetzbuches (SGB V) und der ärztlichen Schweigepflicht willige ich hiermit ein, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt des RZM (Radiologisches Zentrum München-Pasing) Befunde und Behandlungsdaten bei weiteren Leistungserbringern (Hausarzt, Facharzt, Krankenhaus, sonstige medizinische Leistungserbringer) einholt und bei mir erhobene Befunde und Bilddaten an mit- und weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte übermitteln darf (Datenübermittlung). Dies gilt auch für die Befundübermittlung an überweisende Hausärzte. Diese Einwilligung gilt für die aktuelle Untersuchung/Behandlung und kann jederzeit widerrufen werden.

Ich habe eine Kopie dieser Aufklärung/Einwilligung erhalten.

---

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r oder gesetzliche/r Vertreter/in