



Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität zu Köln



Chefärztin: Dr. med. C. Schumacher

Telefon 0221 / 4677 – 2306

Telefax 0221 / 4677 – 2308

Einverständniserklärung

Name, Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, eigene, mitgebrachte CD's in das Krankenhausinformationssystem zum Zweck der Befund-Diagnostik einlesen zu lassen, sowie deren inhaltliche Weitergabe an mitbehandelnde Ärzte, ausschließlich zur Diagnostik-Beurteilung zuzulassen.

Ich erkläre mich einverstanden, dass Mitarbeiter/innen des Brustzentrums, im Falle nicht vorliegender Befunde (z.B. CD's, Röntgenbilder usw.), diese bei meinem behandelnden Arzt/in anfordern können.

Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie eingelesen wurden.

Datum

Unterschrift des Patienten