

Telefon 081 926 51 11
Mail sekretariate@spitalilanz.ch
Web www.spitalilanz.ch

Einverständniserklärung zum Versand von Patientendaten

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass die Regionalspital Surselva AG zum Zwecke der Dokumentation und / oder der weiteren Behandlung (bitte zutreffendes ankreuzen)

- ☐ meine gesamten Patientenakten und Röntgenbilder
- ☐ nur meine Röntgenbilder (incl. CT-Bilder, MRI-Bilder)
- ☐ nur den OP-Bericht vom _____ (Datum)
- ☐ nur den Austrittsbericht vom _____ (Datum)
- ☐ nur _____ (übrige / Datum)

direkt an: _____
(Ärztin / Arzt / Klinik / Spital, Adresse)

weiterleitet / übermittelt. Die Übermittlung erfolgt verschlüsselt.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Datum: _____

Unterschrift*: _____

* Die Einverständniserklärung ist nur mit einer rechtsverbindlichen Unterschrift gültig.