

Orthopädiezentrum Körtingstrasse

Dr. med. M. Rischke

Dr. med. B. Stumpfenhausen

Dr. med. D. Reister

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

für eine optimale medizinische Versorgung ist es unter Umständen erforderlich, medizinische Befunde zwischen unserer Praxis und kooperierenden medizinischen Einrichtungen (z.B. Labor, Pathologie, MRT) automatisch zu versenden.

Wir versichern Ihnen, dass nur befugte Personen Zugriff auf das Faxgerät haben und dass Ihre Daten vertraulich behandelt werden.

Mit Ihrer Unterschrift erteilen Sie uns dafür Ihr Einverständnis.

Name, Vorname:

Datum: _____ Unterschrift: _____