

## **Einwilligung der Patienten in das Konzept der Arztpraxisdienstleistung**

Hiermit willige ich ein, dass die Gastro-MRT GmbH, Fasanenstr. 85, 10623 Berlin, im Auftrag meines behandelnden Radiologen, die Daten des beiliegenden Fragebogens erhebt. Dies dient allein der Abwicklung meiner medizinischen Untersuchung. Ich willige ferner ein, dass die Gastro-MRT GmbH meine Untersuchungsergebnisse speichert. Ich weiß, dass die Gastro-MRT GmbH sämtliche der zuvor bezeichneten Daten im Auftrag meines behandelnden Arztes erhebt und/oder speichert. Hinsichtlich sämtlicher Daten ist mir bewusst, dass sämtliche der zuvor bezeichneten Daten – sobald keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht mehr besteht – oder die Speicherung aus anderen Gründen unzulässig ist, unverzüglich gelöscht werden. Ich weiß, dass diese Einwilligung freiwillig erfolgt und jederzeit gegenüber meinem behandelnden Arzt widerrufen werden kann.

- Mit dem kollegialen Austausch unter den Radiologen bin ich einverstanden.

.....  
Ort, Datum

.....  
Patient