



Name: _____

Geb.- Datum: _____

- **Befundanforderung**

Liebe Patientinnen und Patienten,

wir bitten um Ihre Zusage, dass ein Befundaustausch zwischen uns und Ihren behandelnden Ärzten/ Instituten stattfinden darf.

Sie sind damit einverstanden, dass wir Ihre alten Patientendaten von der vorherigen Praxis Dres. med. Kreitzer/ Geib/ Klein weiterverwenden.

- **Fotodokumentation**

Liebe Patientinnen und Patienten,

wir werden Sie im Rahmen Ihrer Bestrahlung am jeweils zu bestrahlenden Gelenkabschnitt/ Körperregion fotografieren. Diese Bilder dienen der Dokumentation in unseren Akten und zur Gewährleistung der immer korrekten Einstellung der Bestrahlungsfelder.

Des Weiteren werden wir ein Portraitbild von Ihnen anfertigen. Dies dient unter anderem zur sicheren Identifizierung Ihrer Person vor der Bestrahlung.

Wir versichern Ihnen, diese Bilder nicht an Dritte weiterzugeben.

Bad Kreuznach, den _____

Unterschrift