



MVZ Bad Rothenfelde · Ulmenallee 5-11 · 49214 Bad Rothenfelde

**Datenübermittlung zwischen dem MVZ und Vor- und Weiterbehandlern (inkl. Hausarzt)**

Ulmenallee 5-11  
49214 Bad Rothenfelde  
Telefon 05424 641-401  
Fax 05424 641-404

**Name:** \_\_\_\_\_

Zweigpraxis Klinikum Melle:  
Engelgarten 3  
49324 Melle  
Telefon 05422 104-6600  
Fax 05422 104-6699

**Vorname:** \_\_\_\_\_

geboren am:

Zweigpraxis Dörenberg-Klinik:  
Am Kurgarten 7  
49186 Bad Iburg  
Telefon 05403 402-660  
Fax 05403 402-662

wohnhaft in:

info@mvz-badrothenfelde.de  
www.mvz-badrothenfelde.de

bin damit einverstanden, dass das MVZ die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen

- Hausarzt**
- Vorbehandler**
- Weiterbehandler**

**Geschäftsführung:**  
Hon. Prof. Dr. Michael Böckelmann

zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt.

**Ärztliche Leitung:**  
Dr. med. Christian Marx  
Facharzt für Diagnostische Radiologie/Neuroradiologie

Ich bin damit einverstanden, dass das MVZ die bei meinem

- Hausarzt**
- Vorbehandler**

**Radiologie:**  
Dr. med. Peter Enns  
Facharzt für Radiologie  
Dr. med. Alexander Lange-Nolde  
Facharzt für Diagnostische Radiologie  
Facharzt für Nuklearmedizin  
Dr. med. Stefan-Bodo Müller  
Facharzt für Diagnostische Radiologie

vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Versorgung erforderlich sind, anfordern kann. Das MVZ wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

**Neurologie:**  
Dr. med. Anke Bovenschulte  
Fachärztin für Neurologie

Ich stimme zu, dass im Bedarfsfall auf mich ausgestellte Rezepte auch von beauftragten Dritten in Empfang genommen werden dürfen.

**Nuklearmedizin:**  
Dr. med. Marie-Luise Meyer zu Ohsé  
Fachärztin für Diagnostische Radiologie  
Fachärztin für Nuklearmedizin

**Ihre Einwilligung ist freiwillig.**

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt und MVZ statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an das MVZ. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Bad Rothenfelde, \_\_\_\_\_

(Ort und Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)