

**Thomas Gottlieb** Facharzt für Diagnostische Radiologie, Neuroradiologie  
**Wieland Wartenberg** Facharzt für Radiologische Diagnostik  
**Petra Rohloff** Fachärztin für Radiologie  
**Caius Fabian** Facharzt für Diagnostische Radiologie – angestellter Arzt

Radiologie Möllendorffstraße 52 10367 Berlin

[Patientenaufkleber]

Berlin, den

## Patienteneinwilligung/Schweigepflichtentbindungserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

in unserer Praxis soll auf Veranlassung Ihrer Kardiologin/Ihres Kardiologen eine MRT-Untersuchung des Herzens durchgeführt werden.

Da diese Untersuchung nicht als reguläre Kassenleistung abgerechnet werden kann, müssen wir bei Ihrer Krankenkasse einen entsprechenden Antrag auf Kostenübernahme stellen und Unterlagen bzw. Untersuchungsergebnisse bei der überweisenden Praxis anfordern. Den Rechnungsversand an Ihre Krankenkasse übernimmt für uns die PVS Berlin/Brandenburg.

Zu diesem Zweck benötigen wir Ihr Einverständnis. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie uns für diesen Fall von der Schweigepflicht entbinden und damit einverstanden sind, dass wir untersuchungsrelevante Berichte von der überweisenden Praxis anfordern und Ihrer Krankenkasse für die Prüfung des Kostenübernahmeantrags zur Verfügung stellen sowie abrechnungsrelevante Daten an die PVS Berlin/Brandenburg übermitteln.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ich willige ein, dass die Radiologie Möllendorffstraße Unterlagen bei der kardiologischen Praxis anfordert und an meine Krankenkasse sendet. Auch für die Übermittlung abrechnungsrelevanter Daten (Name, Geburtsdatum, Untersuchungsart, Diagnose) an die PVS entbinde ich die Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

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

**Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_