



06618 Naumburg, Kösemer Straße 30, Tel. 03445-71490  
06712 Zeitz, Am Herrmannschacht 8, Tel. 03441-639980  
06667 Weißenfels, Selauer Straße 5, Tel. 03443-302151

## **Datenschutzerklärung**

.....  
**Name, Vorname**

.....  
**geb. am**

**Telefonnummer für evtl. Rückfragen:** .....

**E-Mail für evtl. Terminerinnerungen:** .....

Hiermit bin ich einverstanden, dass bei Bedarf notwendige Bilddokumente und Befunde (zur Mit- und Weiterbehandlung) an meine behandelnden Ärzte (Praxen/ Kliniken) versendet sowie vom Radiologischen Zentrum Burgenlandkreis von anderen Praxen und Kliniken angefordert werden dürfen. Von meinem Widerrufsrecht kann ich jederzeit Gebrauch machen.

Ich bin darüber informiert, dass nach § 201 SGB VII bei Anforderungen von Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, meine Daten an diese übermittelt werden.

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift**