



Patienteneinverständnis-Erklärung

Personalien

Name/Vorname:

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): weiblich männlich

Strasse/Nr.: PLZ/Ort:

Ermächtigung

Hiermit ermächtige ich das Institut für Nuklearmedizin des Kantonsspitals Baden AG, der Praxis/Dr.

.....
medizinische Auskünfte, Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder der bei Ihnen durchgeführten
Untersuchungen zukommen zu lassen.

Ort, Datum: Unterschrift Patient:

Stempel der Praxis/des Arztes