

Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse



zahnärzte
Warnemünde

ZMVZ Warnemünde GmbH
Werftallee 10
18119 Rostock

Schweigepflichtsentbindung

Für die Übersendung von digitalen Röntgenbildern bitten wir um Weitergabe im einheitlichen DICOM-Standard nach DIN 6862-2 vom 1. Januar 2020. (§ 85 Abs. 3 Satz 3 StrlSchG)

Bitte übersenden sie die Daten verschlüsselt per Mail oder einen File-Transfer-Dienst.

Hiermit entbinde ich:

den Arzt/die Ärztin:

gegenüber dem: ZMVZ Warnemünde GmbH
Werftallee 10
18119 Rostock

Unterschrift