



**Einverständniserklärung**

**Patient:** .....  
(Nachname, Vorname, Geb.-Dat.)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Daten meiner am .....  
in der Klinik für Nuklearmedizin, UKM, durchgeführten Untersuchung an

.....  
(Name der Arztpraxis)

übermittelt werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift