

**Prof. Dr. med. Gereon Nelles  
Dr. med. Bernd Scharpegge  
Dr. med. Oliver Scharwat  
Univ. Prof. Dr. med. Walter F. Haupt  
-Fachärzte für Neurologie-**

**Dr. (uni. med. Teheran) Nastaran Mahboobi  
Dr. med. Simone Cursiefen  
Dr. med. Seher Bor  
Dr. med. Stefan Gude  
Dr. med. Nora Weiduschat**

**Werthmannstr. 1c  
50935 Köln**

## Patientenaufklärung und Einwilligung über Befundübermittlung

Hiermit bestätige ich, Herr / Frau \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_

durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich sämtliche ärztliche Unterlagen

per Fax \_\_\_\_\_ (Faxnummer mit Vorwahl)

per E-Mail \_\_\_\_\_

zu geschickt haben möchte.

Hiermit bestätige ich, dass ich mit dem unverschlüsselten Versand der E-Mail an mich einverstanden bin.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten