

**Vertretungsvereinbarung für ambulante Untersuchungen
in der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie**

Direktorin: Univ.-Prof. Dr. med. C. Kuhl

Am _____ wurde mir durch Herrn/Frau _____ mitgeteilt, dass die Direktorin der Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Fr. Univ.-Prof. Dr. med. C. Kuhl, in der Zeit vom _____ bis _____ verhindert ist und deshalb die in dieser Zeit bei mir vorgesehene Untersuchung oder Behandlung nicht persönlich durchführen kann.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich angesichts dieser Situation die Wahl habe, die vorgesehene privatärztliche Untersuchung oder Behandlung

- bis zur Rückkehr oder bis zum Wegfall der Verhinderung der Klinikdirektorin zu verschieben (**Variante 1**)
- durch den Vertreter der Klinikdirektorin, Herrn/Frau Dr. med. _____ vornehmen zu lassen (**Variante 2**)
- die Untersuchung als Selbstzahler-Leistung ohne Privatbehandlung durch den jeweiligen diensthabenden Arzt durchführen zu lassen (**Variante 3**)

In Kenntnis der Möglichkeiten entscheide ich mich für

- Variante 1
- Variante 2
- Variante 3

Aachen, den _____

Unterschrift d. Patienten/-in bzw. seines Vertreters

Unterschrift Krankenhausmitarbeiter/-in