

Einwilligungserklärung für Patienten

Name _____

Vorname _____

geboren am _____

E-Mail Adresse _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis sowohl Probenmaterial als auch alle erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsart, ggf. notwendige Angaben zur Grunderkrankung und Vorbefunde) an das **Labor Dr. Heidrich & Kollegen** bzw. an die assoziierte **Laborgemeinschaft Stuvkamp** zur Erbringung von Laborleistungen weitergeben darf.

Mir ist bewusst, dass zur Durchführung von seltenen Spezialanalysen mein Blut und andere Körpermaterialien sowie die notwendigen Daten zu meiner Person auch an andere Labore weiter gegeben werden. Die Weitergabe erfolgt ausschließlich an akkreditierte Auftragslabore, die den gesetzlichen Vorgaben zur Schweigepflicht und zum Datenschutz unterliegen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungsstellung für privat- oder freiwillige Leistungen durch das leistungserbringende Labor gemäß der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum maximal 1,15-fachen Satz erfolgt.

Die Kosten für die Analysen sind im Analysenverzeichnis (www.labor-heidrich.de) aufgeführt oder können telefonisch im Labor erfragt werden (Tel. 040-97 07 999 -0).

Ja Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen, zur Optimierung der Behandlung, per **Fax** versendet werden dürfen.

Ja Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen, zur Optimierung der Behandlung, per **E-Mail** versendet werden dürfen.

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise schriftlich oder mündlich widerrufen.

Praxisstempel

Datum und Unterschrift des
Patienten/Erziehungsberechtigten