

EINWILLIGUNG
Weitergabe von Befunden
an zusätzliche medizinische
Leistungserbringer



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer Daten ist uns wichtig.

Aufgrund des Behandlungsverhältnisses mit Ihnen durch Auftrag einer Sie behandelnden medizinischen Einrichtung oder einer durch Sie beauftragten Selbstzahlerleistung, dürfen wir Ihre Daten erheben und verarbeiten. Um Ihre Daten/Befunde an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Labore) übermitteln zu dürfen, bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine Information der Mitbehandler und Dienstleistungserbringer nicht möglich.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr Labor Dr. Heidrich & Kollegen

Ihre Einwilligung können Sie uns im Folgenden erteilen:

Hiermit willige ich,

Name: _____ Geb.Datum: _____

Adresse: _____

ein, dass meine personenbezogenen Daten (z. B. Name, Krankenkasse, Befund, Diagnose) zum Zwecke der weiteren Behandlung, sonstigen ärztlichen Versorgung oder lückenlosen Dokumentation in dem erforderlichen Umfang an

☐ die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt

(Name/Anschrift) _____

☐ das Krankenhaus / das MVZ _____

☐ das Labor _____

☐ sonstige _____

weitergegeben werden dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann. Der Widerruf gilt nur mit Wirkung für die Zukunft; bisherige Datenweitergaben bleiben rechtmäßig.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in