

Einverständniserklärung Labor:

Patient/in _____ **Geb.-Datum:** _____

Einverständniserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. Art 13 DSGVO

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte/Labore übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten/Labore eingeholt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an ein mit der Praxis kooperierendes Labor und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zwecke der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei einem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegen stehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nach Feststellung der Identität Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name/Adresse/Telefon:

1. -----

2. -----

3. -----

Ort, Datum

(Unterschrift d. Patienten bez. gesetzlicher Vertreter)

Einwilligung Arztbriefe

Patient/in (Name): _____ Geb.: _____

Liebe Patienten und Patientinnen,

Aufgrund der neuen europäischen Datenschutzverordnung, ist es nicht mehr selbstverständlich, dass wir von den Kliniken und Fachärzten die Entlassungsbriefe und Befunde übermittelt bekommen.

Hierzu ist nun Ihre Einwilligung erforderlich.

Falls Sie Fragen zu dieser Einwilligungsabfrage haben, wenden Sie sich gerne an unser Team.

Einwilligung

Hiermit willige ich ein, dass meine Arztpraxis

Dr. Uhlmann und Dr. Schneider

In den Weiherwiesen 27

63654 Büdingen

Tel.: 06042/ 5999777

Fax Nr. der Praxis: 06042/5999779

Facharztbefunde und Krankenhausberichte zum Zwecke der Weiterbehandlung zugesendet bekommen darf.

Zum Zwecke der Weiterbehandlung dürfen Befunde von meiner o.g. Arztpraxis an andere Ärzte und Krankenhäuser weitergegeben werden.

Soweit es eine konkrete Behandlung betrifft, dürfen die hierzu beauftragten Pflegedienste über meine Medikamente und Erkrankungen informiert werden.

Büdingen, den

(Unterschrift Patient/in oder gerichtlich bestellte Betreuung)

Schweigepflichtsentbindung für Angehörige:

Patient/in: _____ Geb: _____

Folgende Person darf in meinem Namen Rezepte, Befunde (Arztbriefe, Laborergebnisse) und andere ärztliche Unterlagen abholen.

Folgende **Apotheke** darf Rezepte übermittelt bekommen:

Ich möchte meine Ärztinnen gegenüber folgender **Vertrauensperson** der Schweigepflicht entbinden:

Sie soll im Falle eines Notfalls informiert werden und darf hierfür Auskunft erhalten.

Name:

Tel-Nr.:

Handy-Nr.:

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____