



Einwilligungserklärung

Datenweitergabe Patient

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte ankreuzen:

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von andern Mitbehandler:innen eingeholt werden dürfen. Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden. Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Das Informationsblatt „Patienten- und Kundeninformationen zum Datenschutz“ habe ich zu Kenntnis genommen.

Ort, Datum

Unterschrift

ggf. gesetzl. Vertreter