

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

### Einwilligungserklärung für Datenübertragungen

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis sowohl Probematerial als auch alle erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsart, ggf. notwendige Angaben zur Grunderkrankung und Vorbefunde) an das Labor **Dr. Schumacher Bremerhaven** zur Erbringung von Laborleistungen weitergeben darf.

Ebenfalls bin ich damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw: Behandlungsdaten von anderen Mitbehandlern eingeholt werden dürfen.

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

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

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



Ja



Nein

### Widerruf

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Name, Vorname

Unterschrift