

Name, Vorname, Adresse, Geb.-Datum des Patienten:

Einwilligung zur Übermittlung personenbezogener Daten – Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Patient

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
_____ _____ _____		
Adresse:		

ggf. Bevollmächtigter

Laborbefund vom:	Laborbefunde aus dem Zeitraum:
_____	_____
ursprünglich angefordert durch:	

zu übermittelnde Laborbefunde

Praxis/ Klinik:

Adresse:

weiterbehandelnde Praxis/ Klinik oder sonstiger Dritter

Um Ihre medizinische Weiterbehandlung sicherzustellen, ist es erforderlich, dass Ihre Laborbefunddaten, die durch Ihren bisherigen Arzt verarbeitet wurden, durch die Diagnosticum PartG an Ihre weiterbehandelnde Praxis, Klinik bzw. an die benannte dritte Person (sonstiger Dritter) übermittelt werden. Die dazu notwendige Datenübermittlung erfolgt nur bei Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht sofern Sie uns dazu mit Unterzeichnung dieses Dokumentes Ihre Einwilligung erteilen.

Hiermit willige ich ein, dass die Diagnosticum PartG zum Zwecke der Weiter-/ Nachbehandlung den Laborbefund bzw. die Laborbefunde vom obenstehenden Datum bzw. aus dem obenstehenden Zeitraum, an meine weiterbehandelnde Praxis, Klinik bzw. an die benannte dritte Person (sonstiger Dritter) übermittelt und meine Befunddaten zum Zweck der medizinischen Weiterbehandlung durch diese verarbeitet werden. Dazu entbinde ich die Diagnosticum PartG von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber meiner weiterbehandelnden Praxis, Klinik bzw. der benannten dritten Person.

Diese Einwilligung kann jederzeit ganz oder in Teilen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Der Widerruf kann per E-Mail (E-Mail-Adresse: datenschutz@diagnosticum.eu) oder postalisch erfolgen (Adresse: Diagnosticum PartG; z. Hd. Datenschutzkoordinator; Weststraße 27; 09221 Neukirchen). Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten nicht berührt.

- Patient
 Bevollmächtigter

Datum: _____ Unterschrift: _____

Unterschrift Patient bzw. Bevollmächtigter

Stand 01/21 (G)

Ergänzung bei Einwilligung durch einen Bevollmächtigten (Auszufüllen durch Praxis)

Der Patient ist selbst nicht in der Lage, die obenstehende Einwilligung zu erklären. Die Einwilligung erfolgte durch den oben benannten Bevollmächtigten im Rahmen einer Handlungsvollmacht für den Patienten.

Die Handlungsvollmacht für den Bevollmächtigten wurde uns mit Datum vom _____ vorgelegt.

Name und Unterschrift (Praxispersonal): _____