



Einverständniserklärung

Zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem.

Art.13 DSGVO

Name und Geburtsdatum Patient/- in

bzw. gesetzl. Vertreter (**Druckbuchstaben**)

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an **mitbehandelnde Ärzte und Hebammen** übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine **Laborproben** an ein mit der Praxis **kooperierendes Labor und Speziallabore** ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, Routine- oder Kontrolluntersuchung übermittelt werden dürfen.

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

Name: _____

Name: _____

Name: _____

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 meinem Arzt und dessen Kooperationspartner verlangen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Laboraufträge.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw.
gesetzlichen Vertreters