

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur Erhebung persönlicher Daten für Patienten

Patient, Name:	Geburtsdatum:
Anschrift:	
Telefon:	E-mail:

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis sowohl Probenmaterial als auch alle erforderlichen Daten (z.B. Name, Alter, Adresse, Versicherungsart ggf. notwendige Angaben zu Grunderkrankungen und Vorbefunde) an das **MVZ Weißensee · Labor Dr. Eicke und Kollegen** zur Erbringung von Laborleistungen weitergeben darf.

Mir ist bewusst, dass zur Durchführung von seltenen Spezialanalysen mein Blut und andere Körpermaterialien sowie die notwendigen Daten zu meiner Person auch an andere Labore weitergegeben werden.

Die Weitergabe erfolgt ausschließlich an akkreditierte Auftragslabore, die den gesetzlichen Vorgaben zur Schweigepflicht und zum Datenschutz unterliegen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungsstellung für privat- oder freiwillige Leistungen durch das leistungserbringende Labor gemäß der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zum maximal 1,15-fachen Satz erfolgt.

Die Kosten für die Analysen sind im Analysenverzeichnis (www.laboreicke.de) aufgeführt oder können telefonisch im Labor erfragt werden.

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen persönlichen Daten an kooperierende medizinische Einrichtungen, zur Optimierung der Behandlung, per **FAX** versendet werden dürfen.

Ja Nein

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

Ich kann meine Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen, ganz oder teilweise, schriftlich oder mündlich, widerrufen.

Praxisstempel

Ort, Datum

Unterschrift