

## Einwilligungserklärung für Patienten

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_

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 zur Grunderkrankung und Vorbefunde) an die alphaomega Labor GbR zur Erbringung von Laborleistungen weitergeben dürfen.

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 darf.

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

JA  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.

NEIN

JA  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.

NEIN

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann (Art. 7 Abs.3 DSGVO)

Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift des Patienten/  
Erziehungsberechtigten