

Einverständniserklärung zum Datenschutz

Hiermit erkläre ich,

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

mich damit einverstanden, dass Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Versichertendaten)

zu meiner Person,

meines Kindes

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

der von mir betreuten Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

zu folgenden Zwecken, an folgende Stellen weitergeleitet werden:

Auftragslaboratorien* zum Zwecke der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können, z.B. Genetik, sowie Krankenkassen.

- Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

- Ich bin damit einverstanden, dass mich, mein Kind oder die durch mich betreute Person betreffende (Behandlungs-) Daten und Befunde bei anderen Ärzten oder Leistungserbringern zum Zwecke der Dokumentation und weiteren Behandlung angefordert werden.

Außerdem erkläre ich mich einverstanden, dass für die Behandlung erforderliche Daten und Befunde an mit- oder weiterbehandelnde Ärzte übermittelt werden.

Zusätzlich darf folgenden Personen Auskunft bezüglich meiner Daten gegeben werden:

Ich bin berechtigt diese Einverständniserklärung jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, ganz oder teilweise zu widerrufen.

X

Datum / Unterschrift

*Die genauen Anschriften sind bei der Anmeldung zu erfragen.