



Datenschutz

Person

Name:		
Vorname:		
Geburtsdatum:		
Krankenkasse:		
Telefonnummer:		

Befundübermittlung gegenüber vor- und weiterbehandelnden Ärzten sowie Kliniken

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass Befunde übermittelt und angefordert werden dürfen.	ja	nein
---	----	------

Übermittlung von Patientendaten an Labore

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten an Labore zur Diagnostik übermittelt werden.	ja	nein
---	----	------

Schweigepflichtentbindung gegenüber anderen Personen

Name:		
Vorname:		
Telefonnummer:		

Name:		
Vorname:		
Telefonnummer:		

Die jeweiligen Einwilligungen können jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____