



## 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: \_\_\_\_\_