



Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin,

wir weisen Sie darauf hin, dass wir keinerlei Befunde oder Terminabfragen von Ihnen an Dritte weitergeben dürfen.

Wir benötigen ihr Einverständnis, dass unten genannte Personen Informationen erhalten dürfen und/oder Rezepte oder ähnliches für Sie abholen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Befunde im Rahmen der Zweckbestimmung, und Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, an **weiterbehandelnde Ärzte und Kliniken** übermittelt werden dürfen.

Diese Vollmacht gilt auch für von uns einzuholende Vorbefunde anderer Ärzte und Kliniken.

ja, damit bin ich einverstanden nein, das möchte ich nicht

Ferner bin ich damit einverstanden, dass Informationen an folgende Personen /Angehörige weitergegeben werden und Rezepte ausgehändigt werden, nachdem deren Identität festgestellt wurde:

Name / Vorname	Adresse	Geburtsdatum

Falls Sie keine Angaben gemacht haben, erteilen wir keine Auskunft an Dritte.

Für die Durchführung von erforderlichen labormedizinischen Untersuchungen übermitteln wir in Ihrem Auftrag die Daten an die Laborarztpraxis Dres. med. Walther, Weindel und Kollegen MVZ GbR, Berner Str. 117, 60437 Frankfurt.

Im Rahmen der Krebsvorsorge übermitteln wie Ihre Daten an das MVZ für Zytologie und Molekularbiologie Cytomol, Berner Str. 76, 60437 Frankfurt.

Proben zur pathologischen Begutachtung senden wir in die Praxis Dres. Birke, Katzer, Leipziger Str. 130, 36037 Fulda.

Desweiteren geben wir Ihre Daten bei bestimmten Untersuchungen an eine privatärztliche Verrechnungsstelle weiter.

Sollte es zum Zahlungsverzug einer Selbstzahlerleistung kommen, so werden wir nach der 3. Mahnung die Daten an das Inkasso-Büro Adler, Petersberger Str. 32, 36037 Fulda weiter geben.

Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden.

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!