



Einwilligung zur Befundübermittlung

Datenschutzerklärung

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Telefon	
E-Mail			

Einwilligung zur Befundübermittlung

Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V willige ich ein, dass die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Nuklearmedizin im Prinzenpark Befunde bei anderen Leistungserbringern einholen und die bei mir erhobenen Befunde an meine behandelnden Ärztinnen und Ärzte übermitteln dürfen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten zur Bestimmung labormedizinischer Parameter an ein beauftragtes Labor übermittelt werden.

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meine Daten werden vertraulich und entsprechend den geltenden Datenschutzbestimmungen behandelt.

☐ Ich habe die vorstehenden Hinweise gelesen und willige in die beschriebene Befund- und Datenübermittlung ein.

Datum

Unterschrift Patient/in