

# Einverständniserklärung

## Befundübermittlung an weitere Ärzte und/oder medizinische Einrichtungen

Name des Patienten (in Blockschrift): \_\_\_\_\_

Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass

meine Laborbefunde vom \_\_\_\_\_ (Datum)

meine Laborbefunde bis auf Widerruf

an die unten angeführte(n) Empfänger gesendet werden.

### Empfänger 1:

Vor- und Nachname und/oder Bezeichnung der medizinischen Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

zusätzlich per Fax, Faxnummer: \_\_\_\_\_

### Empfänger 2:

Vor- und Nachname und/oder Bezeichnung der medizinischen Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

zusätzlich per Fax, Faxnummer: \_\_\_\_\_

**Der Versand von Befunden per E-Mail ist gemäß Datenschutzgesetz bzw. Gesundheitstelematikgesetz nicht zulässig**, da der Schutz und die Integrität der Daten bei einem E-Mail-Versand nicht gewährleistet werden können.

Die von mir in diesem Zusammenhang erteilte Einwilligung ist freiwillig und kann ohne Angabe von Gründen jederzeit widerrufen werden (per E-Mail: datenschutz@labors.at oder per Brief: Mühl-Speiser-Bauer-Spitzauer und Partner Fachärzte für medizinische und chemische Labordiagnostik OG, Kürschnergasse 6b, 1210 Wien).

Die Rechtmäßigkeit der Übermittlung der Befunde an den/die angegebenen Empfänger bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_

Bei Kindern ist die Unterschrift des Erziehungsberechtigten erforderlich.