

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): _____

Empfänger 2:

Vor- und Nachname und/oder Bezeichnung der medizinischen Einrichtung: _____

Adresse: _____

Telefonnummer (falls vorhanden): _____

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.