

Ihr Praxisstempel

## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung (Art. 6 und 7 DSGVO)

Liebe Patientin, lieber Patient,

bedingt durch die neue EU-Datenschutzvereinbarung benötigt unsere Praxis für die Versendung der Labor-Untersuchung, die sich bei Ihnen im Rahmen der Diagnostik als erforderlich erweisen und die wir an weitere Laboratorien überweisen, Ihre Zustimmungserklärung.

Bitte lesen Sie die anhängende Einverständniserklärung auf der Rückseite und geben Sie diese dann unterschrieben an uns zurück.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

# Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und Einverständniserklärung zur Datenübermittlung und -verarbeitung (Art. 6 und 7 DSGVO)

Ich wurde darüber informiert, dass es im Rahmen meiner Behandlungen bzw. der Behandlungen meines Kindes notwendig sein kann, labormedizinische Untersuchungen durchführen zu lassen bzw. eine andere Stelle (z. B. Arzt, Klinik) zur Mitbehandlung herangezogen werden muss. Dabei werden auch personenbezogene Daten von mir / meinem Kind im Zusammenhang mit der Gesundheit (insbesondere Name, Geburtsdatum, Angaben zu meiner Behandlung/vorherigen Behandlungen, Versicherungsdaten) an ein mit der Untersuchung beauftragtes medizinisches Labor oder die mitbehandelnde Stelle übermittelt und dort zu Zwecken der weiterführenden Untersuchung und der ärztlichen Abrechnung erhoben, gespeichert und genutzt. In Ausnahmefällen führt das beauftragte Labor die Laboruntersuchung nicht selbst durch, sondern leitet den Auftrag an ein kooperierendes Labor weiter (Spezialuntersuchungen). Die Ärzte der Labore bzw. die anderen mitbehandelnden Ärzte sowie deren Mitarbeiter unterliegen der gesetzlich verankerten Schweigepflicht. Die Mitarbeiter etwaig unterbeauftragter Labore wurden ebenfalls entsprechend der gesetzlichen Vorgaben zur Verschwiegenheit verpflichtet. Die Kontaktdaten der Labore und mitbehandelnden Stellen werden mir auf Nachfrage selbstverständlich mitgeteilt.

Hiermit erkläre ich mich für mich / mein Kind

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

mit folgenden Vorgängen einverstanden: **zutreffendes bitte ankreuzen**

Übermittlung an externe Auftragslaboratorien und Verarbeitung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind durch externe Auftragslaboratorien zum Zweck der Bestimmung labormedizinischer Parameter.

Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind durch die externen Auftragslaboratorien an Speziallabore und dortige Verarbeitung zum Zwecke der Durchführung von Spezialuntersuchungen, die im Auftragslabor nicht durchgeführt werden können.

Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir / meinem Kind an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken oder andere Stellen (z. B. OP-Zentrum).

ausschließlich an: .....

Übermittlung personenbezogener Daten von mir / meinem Kind an und Verarbeitung durch externe Verrechnungsstellen zu Abrechnungszwecken.

Für die oben genannten Maßnahmen entbinde ich meinen Arzt/ meine Ärztin

.....  
gegenüber den oben genannten Stellen von seiner/ ihrer ärztlichen Schweigepflicht.

Mit meiner Unterschrift willige ich in die wiederkehrende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten / der Daten meines Kindes ein. Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten / die meines Kindes ausschließlich zu o. g. Zwecken und nur im erforderlichen Maße an die genannten Stellen weitergegeben werden. Ich habe das Recht auf Auskunft über die Datenempfänger sowie die Art der dort von mir / meinem Kind erhobenen und gespeicherten Daten. Außerdem habe ich das Recht auf Korrektur und Löschung der gespeicherten Daten, soweit gesetzliche Regelungen (z. B. Mindestaufbewahrungsfrist) einer Löschung nicht entgegenstehen.

**Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft durch einfache schriftliche Erklärung widerrufen kann.**

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift .