

Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,

die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem andere Ärzte / Psychotherapeuten, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnigte Empfänger.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass alle erforderlichen, persönlichen Daten zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, sowie deren Abrechnung an folgende Stellen weitergeleitet werden dürfen:

- Praxis für Labormedizin und Mikrobiologie ÜBAG GbR*
- Laborgemeinschaft*
- Auftragslaboratorien zur Durchführung von Spezialanalytik*
- Privatärztliche Verrechnungsstelle*

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und die dazu notwendigen Daten mit- und weiterbehandelnden Ärzten telefonisch, elektronisch und per Telefax übermittelt werden dürfen.

Ich bin berechnigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift

* Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.