

Ihr Praxisstempel



ZOTZ | KLIMAS

PARTNER FÜR DIAGNOSTIK & PRÄVENTION

Immermannstr. 65 A  
40210 Düsseldorf

polaris@zotzklimas.de  
www.zotzklimas.de

Tel.: 0211 27 101 117  
Fax: 0211 27 101 1386

## ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR DATENÜBERMITTLUNG UND -VERARBEITUNG (ART. 6 UND 7 DSGVO)

Liebe Patientin, lieber Patient,

unsere Praxis benötigt Ihre Zustimmung für die Versendung von Labor-Untersuchungen an kooperierende Labore, wenn sich diese Untersuchungen im Rahmen der Diagnostik als erforderlich erweisen.

In Ausnahmefällen kann auch das beauftragte Labor die Laboruntersuchung nicht selbst durchführen, sondern leitet den Auftrag seinerseits an ein kooperierendes Labor weiter (Spezialuntersuchungen). Sämtliche Ärzte der Auftragslabore sowie alle anderen mitbehandelnden Ärzte sowie deren nichtärztlichen Mitarbeiter unterliegen ebenfalls der gesetzlichen Schweigepflicht.

Weiterhin benötigen wir Ihre Zustimmung zur Weitergabe Ihrer Daten für den Zweck einer ggf. erforderlichen externen ärztlichen Leistungsabrechnung.

Die Kontaktdaten der Labore, mitbehandelnden Stellen und Abrechnungsstellen teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

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 notwendig sein kann, weiterführende labormedizinische Untersuchungen durchführen zu lassen bzw. dass eine andere ärztliche Stelle (z. B. Arzt, Klinik) zur Mitbehandlung herangezogen werden muss. Dabei werden personenbezogene Daten von mir (persönliche Daten und im Zusammenhang mit der Gesundheit stehende Daten wie Name, Geburtsdatum, Angaben zu meiner Behandlung/ vorherigen Behandlungen, Versicherungsdaten) an das mit der Untersuchung beauftragte medizinische Labor oder eine andere mitbehandelnde Stelle übermittelt und dort zum alleinigen Zweck der weiterführenden Untersuchung und der ärztlichen Abrechnung erhoben, gespeichert und genutzt.

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 .