



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

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

Liebe Patientin, lieber Patient,

bedingt durch die neue EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) benötigt unsere Praxis für die Versendung von Labor-Untersuchungen, die sich bei Ihnen im Rahmen der Diagnostik als erforderlich erweisen und die wir an weitere Laboratorien überweisen, Ihre Zustimmungserklärung.

Ich wurde darüber informiert, dass es im Rahmen meiner Behandlungen 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 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 mit folgenden Vorgängen einverstanden: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Übermittlung an externe Auftragslaboratorien und Verarbeitung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir durch externe Auftragslaboratorien zum Zweck der Bestimmung labormedizinischer Parameter.
- Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten) von mir 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 an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken oder andere Stellen (z. B. OP-Zentrum).
- ausschließlich an: \_\_\_\_\_
- Übermittlung personenbezogener Daten von mir an und Verarbeitung durch externe Verrechnungsstellen zu Abrechnungszwecken.

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

Praxis / Name: \_\_\_\_\_

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

Mit meiner Unterschrift willige ich in die wiederkehrende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten ein.

Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten 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 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 / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_