

Schweigepflichtentbindungserklärung und ergänzende Information zum Datenschutz

Nummer: FO-19560 Gültig ab: Gültig ab

Ich wurde darüber informiert, dass Herr/Frau Dr., um meine ärztliche Untersuchung umfassend abzubilden, die labormedizinische Einschätzung wenigstens einer weiteren medizinischen Einrichtung für erforderlich hält. Bei dieser/n medizinischen Einrichtung/en handelt es sich um:

Aesculabor Hamburg
Haferweg 36
22769 Hamburg

MVZ Institut für Labormedizin und Klinische Genetik Rhein/Ruhr GmbH
Willy-Brandt-Platz 4
45127 Essen

amedes MVZ wagnerstibbe für Laboratoriumsmedizin, Hämostaseologie, Humangenetik und Mikrobiologie Hannover
Georgstraße 50
30159 Hannover

An diese Einrichtung/en müssen dafür Ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten und die zu untersuchenden Proben übermittelt werden. Die damit verbundene Datenverarbeitung erfolgt, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrem Arzt und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Es ist möglich, dass die oben aufgeführte/n Einrichtung/en eine/mehrere Untersuchung/en der eingesandten Probe/n nicht selbst vornehmen können. In einem solchen Fall werden die Proben und die Gesundheitsdaten dann an weitere medizinische Labore übermittelt, damit die Untersuchungen dort vorgenommen werden. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Gesundheitsdaten also an weitere berechtigte Empfänger, die ebenfalls der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Nur durch diese beschriebenen Daten- und Probenübermittlungen kann die Behandlung fach- und sachgerecht auf dem Stand heutigen, gesicherten ärztlichen Wissens und wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie nach den Regeln ärztlicher Kunst und Könnens durchgeführt werden.

Schweigepflichtentbindungserklärung und ergänzende Information zum Datenschutz

Nummer: FO-19560 Gültig ab: Gültig ab

Hiermit erkläre ich,, dass

1. ich damit einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Gesundheitsdaten an die oben aufgeführte/n Einrichtung/en und ggf. die aufgeführten nachgeordneten medizinischen Labore übermittelt werden und

2. ich Herrn/Frau Dr. dazu von der Schweigepflicht gegenüber den oben aufgeführte/n Einrichtung/en und den nachgeordneten medizinischen Laboren entbinde. Ich erkläre dies freiwillig und mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten

Die oben aufgeführte/n Einrichtung/en beziehen in die Abrechnung der erbrachten laborärztlichen Untersuchungsleistungen die amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH, Werner-von-Siemens-Str. 8, 37077 Göttingen, als ärztliche Verrechnungsstelle ein. Damit die Abrechnung der laborärztlichen Leistungen vorgenommen werden kann, übermitteln die oben aufgeführte/n Einrichtung/en auch Ihre personenbezogenen Gesundheitsdaten, die für eine Liquidation der laborärztlichen Leistungen nötig sind, an die ärztliche Verrechnungsstelle.

Hiermit erkläre ich,, dass

1. ich damit einverstanden bin, dass meine personenbezogenen Gesundheitsdaten von der/den oben aufgeführte/n Einrichtung/en an die amedes Medizinische Dienstleistungen GmbH übermittelt und

2. ich die oben aufgeführte/n Einrichtung/en dazu von der Schweigepflicht gegenüber der amedes Medizinischen Dienstleistungen GmbH entbinde. Ich erkläre dies freiwillig und mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten