

An

- Labor Berlin - Charité Vivantes GmbH
- Labor Berlin - Charité Vivantes Services GmbH

Bitte per Fax an: (030) 405 026 610

Schweigepflichtentbindungserklärung und Einwilligung des Patienten

gemäß § 203 StGB i. V. m. § 9 Berufsordnung der Ärztekammer Berlin sowie zur Verarbeitung und Übermittlung von Gesundheitsdaten gemäß Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO und, soweit die Übermittlung im Rahmen der hausärztlichen Versorgung erfolgt, auch unter Berücksichtigung des § 73 Abs. 1b SGB V.*

.....

Angaben zum Patienten

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Postleitzahl, Ort: _____

Behandelnder Arzt oder behandelndes MVZ / Krankenhaus / Klinik

Name des behandelnden Arztes oder des behandelnden MVZ / Krankenhaus / Klinik:

Telefonnummer: _____ Faxnummer: _____

Straße, Postleitzahl, Ort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborbefunde von Labor Berlin zum Zwecke meiner Behandlung an o.g. Arzt / MVZ / Krankenhaus / Klinik übermittelt werden dürfen und entbinde Labor Berlin und dessen Mitarbeitende insoweit ausdrücklich von der Schweigepflicht und Verpflichtung zur Vertraulichkeit.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Patienten

oder _____

Unterschrift des

Personensorgeberechtigten**

Betreuers **

Vorsorgebevollmächtigten**

Vorname und Nachname dieses Vertreters

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Formular durchgehend die männliche Form verwendet. Die gewählte Sprachform ist wertfrei. Selbstverständlich sind damit im Sinne der Gleichbehandlung alle Geschlechter (m/w/d) gemeint.

** Bei Unterschrift durch einen Personensorgeberechtigten, Betreuer oder Vorsorgebevollmächtigten ist eine Kopie der Geburtsurkunde, der Betreuungsverfügung bzw. der Vorsorgevollmacht beizufügen.