

Praxis:

Straße:

PLZ Ort:

Bearbeiter/Ansprechpartner:

### Datenschutzerklärung zur Übermittlung von HIV-Befunden

Sehr geehrte Damen und Herren,

diese ist für die Aktivierung der Übermittlung von HIV-Befunden via Datenfernübertragung für Ihre Praxis notwendig. Gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz sind wir verpflichtet, Sie darauf hinzuweisen, dass die elektronische Übermittlung von besonders schützenswerten Patientendaten nur unter besonderer Sorgfaltspflicht des Empfängers stattfinden darf. Wir bitten Sie daher dieses Schreiben im Original unterzeichnet an u. g. Adresse zurückzusenden (Laborfahrer).

Für weitere Fragen steht Ihnen unser Datenschutzbeauftragter Herr Ganguly,  
Tel.: 0751 / 502-495 jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Labor-Team

---

### Datenschutzerklärung

Der Unterzeichner bittet um die elektronische Übermittlung von HIV-Befunden und stellt sicher, dass gemäß dem Bundesdatenschutzgesetz das Persönlichkeitsrecht des Patienten gewährleistet ist, sowie dass nur befugte Personen Zugriff auf die übermittelten Daten haben. Personaluntersuchungen werden ausschließlich anonymisiert eingeschickt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift / Praxisstempel

---

### Interner Vermerk

Änderung an Kundenstammdaten durchgeführt:

---