

Einwilligungserklärung

über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht und die Übermittlung von Gesundheitsdaten

Hiermit entbinde ich

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____ / _____ / _____

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ x

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

das MVZ Labor Ravensburg SE & Co. eGmbH (Elisabethenstr. 11, 88212 Ravensburg; Fax-Nummer 0751 502-399) von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gemäß §203 StGB für folgende Datenübermittlung:

An:

☐ die Praxis: _____

☐ das Krankenhaus: _____

☐ Faxnummer: _____

Die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung meiner Laborbefunde erfolgt ausschließlich zum Zweck der Sicherstellung meiner medizinischen Mit- und Weiterbehandlung, zur Befundbesprechung sowie zur therapeutischen Abstimmung zwischen dem MVZ Labor Ravensburg und dem von mir ausgewählten Empfänger. Eine Weitergabe zu anderen Zwecken findet nicht statt. (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO)

Die Erteilung dieser Einwilligung ist absolut freiwillig. Ich bin nicht verpflichtet, diese Erklärung abzugeben. Aus einer Verweigerung der Einwilligung entstehen mir keinerlei rechtliche oder medizinische Nachteile für meine sonstige Behandlung. Allerdings können ohne diese Einwilligung meine Befunde nicht direkt an den gewünschten Arzt oder das Krankenhaus übermittelt werden. (Art. 7 Abs. 4 DSGVO)

Ich habe das Recht, diese Einwilligungserklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Nach dem Widerruf dürfen mein Daten nicht mehr auf Basis dieser Einwilligung übermittelt werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung und -übermittlung bleibt davon unberührt. (Art. 7 Abs. 3 DSGVO)

Ich bestätige, dass ich den Inhalt dieser Einwilligungserklärung verstanden habe und mit den beschriebenen Bedingungen einverstanden bin.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in