

HNO münsterland

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

-> Auftragslaboratorien* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können

-> Pathologie*

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie **unten notierten Ärzten/-Innen** und folgenden **Personen** telefonisch und schriftlich Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

(Ärzte/Innen von denen wir für die aktuelle Untersuchung eine Überweisung haben werden unabhängig davon auch informiert)

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V § 73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift

*Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.