

Einwilligungserklärung Befundübermittlung

Patientenetikett

Ich stimme zu, dass mein/e behandelnde/r Ärztin/Arzt meinen

Befund vom _____

nicht nur an den zuweisenden Arzt, sondern auch an

Dr./Dr.ⁱⁿ _____

(mittels unverschlüsselter Übermittlung: Fax und E-Mail) weiterleiten darf.

ME-Nummer: _____

(medical net)

E-Mail: _____ @ _____

FAX: _____

Bei Postsendung bitte Adresse des Arztes angeben.

Adresse: _____

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann.

Name in Blockbuchstaben: _____

SV Nummer / Geburtsdatum: _____ / _____

Datum: _____ Unterschrift: _____