

Einverständniserklärung Befundübermittlung Patient/in

Sehr geehrte Damen und Herren,

unsere Pathologie-Befunde enthalten personenbezogene Gesundheitsdaten, deren Schutz für uns von höchster Priorität ist und die durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) sowie die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) gesetzlich geschützt sind.

Vor der Befundzustellung über den von Ihnen gewünschten Versandweg bitten wir Sie, diese Einverständniserklärung **vollständig ausgefüllt sowie mit einer Kopie Ihres Personalausweises oder Reisepasses** zur eindeutigen Identifikation per Post oder Fax (07121 145074 9) an uns zurückzusenden.

Für Ihre Mithilfe und Ihr Verständnis danken wir Ihnen herzlich im Voraus.

Erklärung

Mit dieser schriftlichen Anforderung befreie ich das **PATHORA Institut für Pathologie und Gewebemedizin** von den standardmäßigen datenschutzrechtlichen Auflagen sowie den sich daraus ergebenden haftungsrechtlichen Verpflichtungen und beauftrage die elektronische Übermittlung meiner Befundberichte. Mir ist bewusst, dass die Daten auf dem Transportweg potenziell durch unberechtigte Dritte eingesehen werden können.

Name-----
Vorname-----
Geburtsdatum-----
Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Stadt)

Ich beauftrage das **PATHORA Institut für Pathologie und Gewebemedizin**, mir meine Befundberichte ggf. kostenpflichtig wie folgt zu übermitteln:

Postversand an die oben genannte Adresse

Postversand an folgende Empfänger Adresse

Bitte vollständige Adresse angeben (Straße, Haus-Nr., PLZ, Stadt)-----
Fax an folgende Nummer: ----------
Email an folgende Adresse: ----------
Ort, Datum-----
Stempel, Unterschrift