

**Einverständniserklärung
zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten
gem. Art.13 DSGVO**

- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zweck meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden dürfen.
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten und Befunde, soweit dies zum Zwecke meiner weiteren Behandlung erforderlich ist, von anderen mitbehandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen (gemäß § 73 Abs. 1b SGB V).
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten an ein mit der Praxis kooperierendes Labor, Dr. Staber & Kollegen GmbH, und Speziallabore ergänzender Disziplinen zum Zweck des Screenings, Routine- oder Kontrolluntersuchung übermittelt werden dürfen.

Die häufigsten kooperierenden Labore finden Sie auf der Homepage www.labor-staber.de. Eine vollständige Liste können Sie unter datenschutz@labor-staber.de erfragen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche **Auskunftserteilung (Art.15 DSGVO)** zu den zu meiner Person gespeicherten Daten.

Ich kann jederzeit die **Berichtigung (Art.16), Löschung und Sperrung (Art.17)** meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen.

Es wird darauf hingewiesen, dass diese Einverständniserklärung freiwillig ist und jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen werden kann (Art.7 Abs.3 DSGVO).

Bis auf Widerruf gilt diese Zustimmung auch für weitere Laboraufträge.

An folgende Angehörige / Personen dürfen, nachdem deren Identität sicher festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ _____ (Ort, Datum)	_____ _____ (Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)
--	---