

Einwilligungserklärung

Marktplatz 1 - 22844 Norderstedt

Tel.: 040/52 11 07 17

Hausarztpraxis.Harksheide@wt.net.de

(gemäß Artikel 6 Absatz 1 lit. a) Datenschutz-Grundverordnung)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben bitten wir Sie, durch Ihre Unterschrift Ihre Einwilligung zu erteilen, dass

- Ihre erforderlichen personenbezogenen und medizinischen Daten an die ggf. **mitbehandelnden Ärzte** und die für die Durchführung etwaiger Spezialuntersuchungen (Labor, Röntgen, Gewebeproben etc.) hinzugezogenen Ärzte oder Institutionen weitergegeben werden.
- ggf. alle zur Rechnungserstellung notwendigen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an das **Labor Dr. von Foreich – Bioscientia GmbH, Großmoorbogen 25, 21079 Hamburg** weitergegeben werden.
- ggf. alle zur Rechnungserstellung einer privaten Rechnung notwendigen Daten wie Anschrift, Geburtsdatum, Kostenträger, Behandlungstage, erbrachte Leistungen nach der Gebührenordnung und dazugehörige Diagnosen an die Privatärztliche Verrechnungsstelle (**PVS Schleswig-Holstein Hamburg rKV, Moltkestr. 1, 23795 Bad Segeberg**) weitergeleitet und die Rechnungsforderungen an die PVS zum Einzug abgetreten werden.

Die Abgabe der Einwilligung ist freiwillig.

Die Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar.

Hiermit erteile ich meine Einwilligung.

Nachname, Vorname (Patient/in)

Geburtsdatum (Patient/in)

Ggf. Name, Vorname (gesetzlicher Vertreter)

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter)