

Patientin/Patient (Aufkleber oder Druckschrift)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift



die Strahlen
Therapeuten
COBURG

**Einverständniserklärung zur Erhebung patientenbezogener Labordaten bzw.
zur Übermittlung von Patientendaten an Labore
gem. Art. 13 DSGVO**

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Behandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Labore der Schottdorf MVZ GmbH Augsburg sowie der Klinikum Coburg GmbH übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Laboren eingeholt werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an die mit der Praxis kooperierenden Labore der Schottdorf MVZ GmbH Augsburg sowie der Klinikum Coburg GmbH zum Zweck der Untersuchung und Befundung übermittelt werden dürfen.

Ich habe jederzeit das Recht auf eine umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu meiner Person gespeicherten Daten. Ich kann jederzeit die Berichtigung, Löschung und Sperrung meiner personenbezogenen Daten bei meinem Arzt und dessen Kooperationspartnern verlangen, sofern nicht andere gesetzliche Regelungen dagegenstehen.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient