

| | | |
|--------------------------------|----------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname, Adresse | | |
| | | geb. am |
| | | |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
| | | |



Medizinisches Infektiologiezentrum Berlin

Oudenarder Str. 16, DE 13347 Berlin
 Tel.: 030/ 34 40 91 04 -0
 Fax: 030/ 34 40 91 04 -12
 E-Mail: labor@mvz-mib.de

Einwilligung zur Durchführung labordiagnostischer Untersuchungen

Ich bin mit der Untersuchung und Befundung der angeforderten Analysen im Labor - *Medizinischen Infektiologiezentrum Berlin*, der Übermittlung der Ergebnisse an die behandelnden Ärzte, der Speicherung und der Weitergabe meiner Daten laut Bundesdatenschutzgesetz (§ 4 ff. BDSG) einverstanden. Ich entbinde alle beteiligten Ärzte zu diesem Zweck von der Schweigepflicht. Falls die Untersuchung nicht in diesem Labor durchgeführt werden kann, willige ich ein, die Probe mit den Daten an ein anderes qualifiziertes Labor weiterzuleiten. Mir ist bekannt, dass ich diese Untersuchung nach der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) selbst bezahlen muss.

Hiermit erteile ich mein Einverständnis:

Praxisstempel:

Datum

Unterschrift des Patienten