

Einverständniserklärung

Befundübermittlung

Patientenetikette

Patient (Name in Blockschrift): _____

SozVersNr.: _____ GebDatum: _____

Ich stimme zu, dass

- meine Laborbefunde
- mein Laborbefund vom _____

an die unten angeführten Adressen gefaxt oder elektronisch übermittelt werden.

Der Versand von Befunden per Email ist gemäß Datenschutzgesetz bzw. Gesundheitstelematikgesetz nicht zulässig.

Der elektronische Versand von Befunden zwischen dem Labor und dem Arzt erfolgt über spezielle Programme auf verschlüsseltem Weg. Alternativ können Sie sich bei unserem [Online-Befundsystem](#) (Anmeldeformular in der Ordination) einmalig registrieren und erhalten dann Ihren Befund direkt auf Ihr mobiles Endgerät.

Adressat: _____

- Per Post, Anschrift: _____
- Per Fax, Nummer: _____
- Elektronische Übermittlung
- Online-Befund
- Medical net / DAME

Adressat: _____

- Per Post, Anschrift: _____
- Per Fax, Nummer: _____
- Elektronische Übermittlung
- Online-Befund
- Medical net / DAME

Datum: _____ Unterschrift PatientIn/Erziehungsberechtigter: _____