



**Einwilligungserklärung zur Erhebung, Verarbeitung
und Übermittlung von Patientendaten**

LAB-FB-045-V1
gültig ab: 01.11.2021
Seite 1 von 1

Der Laborbereich Hämatologische Diagnostik unterliegt wie jede medizinische Einrichtung rechtlichen Bestimmungen zur Wahrung der Vertraulichkeit, der Wahrung des Patientengeheimnisses und zur Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften.

Das bedeutet, dass wir nur Daten speichern dürfen, die für Ihre Behandlung benötigt werden und dass nur das mit Ihrem Fall befasste ärztliche und nichtärztliche Personal Ihre Patientendaten einsehen darf.

Um den Austausch Ihrer fachspezifischen Patientendaten zwischen dem beteiligten ärztlichen und nichtärztlichen Personal des Universitätsklinikums und weiterer Facharztpraxen bzw. Kliniken zu gewährleisten, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Ich bin damit einverstanden,
dass meine vom Laborbereich Hämatologische Diagnostik des Universitätsklinikums Dresden erhobenen und dort unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen gespeicherten Daten und Befunde an die an meiner Behandlung beteiligten Ärzte sowie nichtärztliches Personal übermittelt werden dürfen.

Ich wurde darüber in Kenntnis gesetzt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters