

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Einwilligung zur Durchführung labordiagnostischer Untersuchungen und Entbindung von der Schweigepflicht
- ZUM VERBLEIB IN DER PRAXIS -**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen Ihrer Untersuchung und Behandlung in unserer Arztpraxis können für die weitere Behandlung diagnostische Untersuchungen aus verschiedenen Proben (insbesondere Blut, Urin, Stuhl, Abstriche, Gewebe) notwendig sein.

Wir arbeiten mit der Laborarztpraxis **MVZ Dr. Stein + Kollegen GbR, Tomphecke 45, 41169 Mönchengladbach**, zusammen, die Ihre Proben zusammen mit den abrechnungstechnisch erforderlichen Angaben zu Ihrer Person (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Adressdaten, Angaben zur Krankenkasse, Versichertenstatus), ggf. der Medikation, der Diagnosen und der labormedizinischen Fragestellung in Ihrem Auftrag von uns erhält. Für den Fall, dass das Labor einzelne der beauftragten diagnostischen Untersuchungen nicht selbst durchführen kann, gibt das Labor Ihre Probe an weitere Spezial-Laborarztpraxen für die erforderlichen diagnostischen Untersuchungen weiter.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass es sich bei dem beauftragten Labor (bzw. den evtl. Speziallaboren) um eine Facharztpraxis für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Infektions-epidemiologie, Virologie, Transfusionsmedizin und Humangenetik handelt, deren Ärzte und Mitarbeiter sowohl der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen als auch auf die Regelungen der DSGVO verpflichtet worden sind. Die Weitergabe Ihrer Daten erfolgt im Rahmen einer Mitbehandlung, Diagnoseerstellung und Therapie analog einer Überweisung an einen Facharzt.

Für die **Verarbeitung der Daten** auch im Labor bleiben wir als Ihr Arzt verantwortlich. Sie können sich mit Fragen an unseren Datenschutzbeauftragten unter den bereits bekannten Kontaktdaten wenden.

Ihre Daten werden für **Zwecke** der Durchführung labormedizinischer Analysen, ärztliche Befundung der Analyseergebnisse, Abrechnung der Laborleistungen verarbeitet und zu diesem Zweck an das Labor, ggfls. an weitere Speziallabore, Leistungsträger wie Krankenkassen und ggfls. privatärztliche Verrechnungsstellen als **Empfänger** weitergegeben. Ihre Daten werden nicht an Länder außerhalb der EU oder des europäischen Wirtschaftsraums weitergegeben.

Wir speichern Ihre Daten gemäß den gesetzlichen **Aufbewahrungsvorschriften** für eine Dauer von 10 – 30 Jahren. Darüber hinaus kann ein berechtigtes Aufbewahrungsinteresse zur Wahrung der eigenen Rechtsposition mit Blick auf die 30 jährige Verjährungsfrist bestehen.

Sie können **Ihre Rechte** auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DS-GVO), auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), Löschung (Art. 17 DS-GVO), auf Einschränkung der Verarbeitung bzw. Sperrung der Daten (Art. 18 DS-GVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) und Widerspruch (Art. 21 DS-GVO) uns gegenüber geltend machen. Das Labor ist verpflichtet, uns bei der Erfüllung Ihrer Rechte zu unterstützen.

Sie haben das Recht, sich jederzeit mit **Beschwerden** an die zuständige Aufsichtsbehörde für Datenschutz zu wenden.

Die **Einwilligung** in die Vornahme von Laboruntersuchungen sowie in die Behandlung ist freiwillig. Für die Behandlung sind allerdings Ihre Stammdaten notwendig, um die weitere Behandlung durchführen und abrechnen zu können. Auch die Angabe von Medikation und/ oder Diagnosen kann zur zutreffenden Bewertung der Befunde erforderlich sein.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Daten zum Zwecke der Laboruntersuchung ein und entbinde in dem hierfür erforderlichen Umfang meinen Arzt/meine Ärztin von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber **MVZ Dr. Stein + Kollegen, Tomphecke 45, 41169 Mönchengladbach**. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....

Datum, Unterschrift Patient/ in

Stand: 05/ 2018