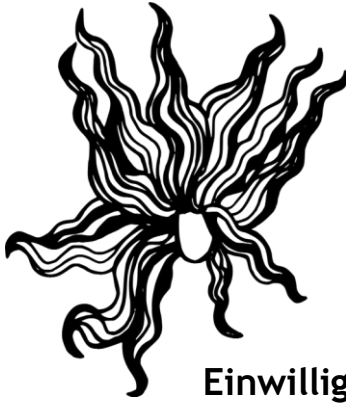




Dra. (ES) Camila Uzquiano B.

Fachärztin für Frauenheilkunde & Geburtshilfe

Warschauer Straße 33

10243 Berlin

Tel.: 030 291 09 19

Fax : 030 294 94 764

Einwilligungserklärung & Schweigepflichtentbindung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bitte kreuzen Sie an, in welche Datenverarbeitungen Sie einwilligen. Die Einwilligung ist **freiwillig** und hat keinen Einfluss auf Ihre medizinische Behandlung.

1. Laboruntersuchungen & Direktabrechnung durch das Labor

Ich willige ein, dass die Praxis meine Proben (z. B. Abstriche, Blutproben) sowie die dafür erforderlichen Daten (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Verdachtsdiagnose) zur Analyse an das medizinische Labor weiterleitet. Das Labor rechnet die erbrachten Leistungen direkt mit mir (Privatliquidation) bzw. meiner Krankenversicherung ab. Ich entbinde die Praxis und das Labor insoweit wechselseitig von der ärztlichen Schweigepflicht.

☐ Ja, ich willige ein. | ☐ Nein

2. Befunde per unverschlüsselter E-Mail / SMS

Ich willige ein, dass mir die Praxis medizinische Befunde oder Termine unverschlüsselt zusendet. Mir ist bekannt, dass dabei Sicherheitslücken im Internet bestehen können.

E-Mail: _____ Mobilnr.: _____

☐ Ja, ich willige ein. | ☐ Nein.

3. Datenaustausch mit Kollegen & Laboren

Ich willige ein, dass die Praxis zum Zweck meiner Mitbehandlung oder Befundauswertung Daten (z. B. Arztbriefe, Laborwerte) an beteiligte Ärzte, Therapeuten oder Labore übermittelt und von diesen anfordert.

☐ Ja, ich willige ein. | ☐ Nein.

Widerrufsrecht: Sie können diese Einwilligung jederzeit formlos (z. B. per E-Mail oder mündlich) mit Wirkung für die Zukunft **widerrufen**.

Ort, Datum

Name des Patienten (in Blockbuchstaben)

Unterschrift des Patienten / Vertreters