

# Übermittlung von Laborbefunden an Dritte



Gruber Straße 46 a-b,  
85586 Poing  
Telefon 08121-99120  
Fax: 08121-71546

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben um Zusendung eines Befundduplikates an Dritte per Fax/Telefon/Mail gebeten.

Zur Wahrung der Schweigepflicht und der Vertraulichkeit personenbezogener Daten nach der DSGVO sind wir verpflichtet sicherzustellen, dass:

- Personenbezogene Daten Unbefugten nicht zur Kenntnis gelangen.
- Überprüft und festgestellt werden kann, an welche Stelle eine Übermittlung personenbezogener Daten erfolgt.
- Der/die **Patient/Patientin mit der Datenübermittlung seines/ihres Befundes und seiner/ihrer persönlichen Daten einverstanden ist. Diese Einwilligung muss in der Praxis vorliegen!**

Wir benötigen folgende Angaben:

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname der/des Patientin/Patient  
Probennahme

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Datum d.

\_\_\_\_\_  
Fax-Nr. an die gesendet werden soll  
Bitte deutlich schreiben, Danke!

Barcode

\_\_\_\_\_  
Telefon- Nr. an die der Befund übermittelt werden soll  
Bitte deutlich schreiben! Danke!

Praxisstempel:

\_\_\_\_\_  
Mail-Adresse an die der Befund übermittelt werden soll  
Bitte deutlich (Druckschrift) schreiben! Danke!

**Es liegt der Praxis eine Patienteneinwilligung zur Datenübermittlung vor (bitte ankreuzen)**

**Wichtiger Hinweis: Ohne gültige Patienteneinwilligung darf der Befund nicht übermittelt werden!  
– bitte bestätigen Sie dies mit Ihrer Unterschrift.**

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Bitte das Formular dem Auftragsmaterial beilegen oder an unsere Fax-Nr. 08121-71546 senden.