

**Name des Patienten:**

**Geburtsdatum:**

- 
- Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen meiner medizinischen Mitbehandlung meine Behandlungsdaten an mitbehandelnde Ärzte übermittelt werden bzw. Behandlungsdaten von anderen mitbehandelnden Ärzten eingeholt werden dürfen.
  - Ich bin damit einverstanden, dass meine Laborproben an das mit uns kooperierende Labor übermittelt werden.

An folgende Angehörige/Personen dürfen, nachdem deren Identität festgestellt wurde, Behandlungsdaten weitergegeben werden:

Name:

---

Name:

---

Name:

---

Ich wurde darauf aufmerksam gemacht, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen kann.

**Möchten Sie dieses Formular für Ihre Unterlagen zurückerhalten?**

- Ja
- nein

---

Ort, Datum

Name