



Einwilligung Datenschutz

Hiermit bestätige ich, Frau/Herr
(Name, Vorname in Druckbuchstaben)

geb. am
(Tag, Monat, Jahr)

wohnhaft in
(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

- 1) dass meine personenbezogenen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht) für ggfs. erforderliche Blut-/Stuhl- oder Urinuntersuchungen an die jeweils untersuchenden Laborpraxen weitergeleitet werden dürfen.

ja, damit bin ich einverstanden nein, damit bin ich nicht einverstanden

- 2) dass mir mein(e) Befund(e) per E-Mail oder per Faxggfs. zugeschickt werden dürfen.

dass mir Ergebnisse/Befunde per **Telefon**..... übermittelt werden dürfen.

Ich werde hiermit auch gleichzeitig darüber in Kenntnis gesetzt, dass durch die Praxis Dr. Suchodoll bei der Befundübermittlung per Fax nicht gewährleistet werden kann, dass es sich beim Empfänger um die berechnigte Person handelt. Weiterhin nehme ich zur Kenntnis, dass die Befundübermittlung per E-Mail nicht verschlüsselt erfolgt.

ja, damit bin ich einverstanden nein, damit bin ich nicht einverstanden

- 3) dass eine Beurteilung von Eignungsuntersuchungen (z.B. G25, G41, A10) in der Form:

- keine Bedenken, oder
- keine Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen, oder
- befristete Bedenken, oder
- dauerhafte Bedenken

an meinen Arbeitgeber übermittelt werden darf.

Eine Weitergabe von Befunden oder Diagnosen findet nicht statt.

ja, damit bin ich einverstanden nein, damit bin ich nicht einverstanden

Diese Einwilligung kann jederzeit als Ganzes oder in Teilen widerrufen werden. Informationen zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß EU DSGVO und BDSG durch die Praxis Dr. Suchodoll finden Sie auch unter www.arbeitsmedizin-aachen.de

Ort, Datum, Unterschrift des Patienten

Nr. FB-D 002	Version 04	Gültig ab 25.06.2020	Seite 1 von 1
--------------	------------	----------------------	---------------