INSTITUT FÜR
IMMUNOLOGIE
UND GENETIK

Institut für Immunologie und Genetik GbR | Pfaffplatz 10 | 67655 Kaiserslautern

LABORATORIUMSMEDIZIN
Dr. med. Bernhard Thiele | Dr. med. Mitja Heinemann
Prof. Dr. med. Jens Verheyen | Dr. med. Katharina Brodner

HUMANGENETIK
Prof. Dr. med. Wolfram Henn
Dr. med. Anne-Karin Kahlert

Tel: 0631/31670-0 | Fax: 0631/31670-20
office@immungenetik-kl.de | www.immungenetik-kl.de

Empfangsbestätigung Patienteninformation und Einwilligungserklärung für Patienten (Datenschutz)

Ich _____

(Vorname, Name, Geburtsdatum)

bestätige hiermit, dass ich die mir ausgehändigte Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis genommen habe.

Hiermit willige ich in die Weitergabe meiner Daten an die unter Punkt 6 der Patienteninformation aufgeführten Empfänger ein, sofern diese erforderlich und gesetzlich zulässig ist.

Von meiner Einwilligung ausdrücklich ausgenommene Empfänger sind die folgenden:

_____

_____

_____

Hiermit entbinde ich alle im Zusammenhang mit meiner Behandlung beteiligten Berufsgeheimnisträger gemäß § 203 StGB ausdrücklich von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht, soweit dies zur Übermittlung der betreffenden Daten für den vorgesehenen Zweck erforderlich ist.

Ich kann die erteilte Einwilligung jederzeit durch schriftliche Erklärung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

_____

Ort, Datum

_____

Unterschrift des Patienten

_____

Bei betreuten Personen
Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreter/s

_____

Bei Minderjährigen oder nicht einwilligungsfähigen Personen
Unterschrift der Eltern/der/des Sorgeberechtigten