



die gynäkologinnen MÜNSTER

E. Temme · Dr. med. B. Hinterding
Dr. med. A. Schmedt · Dr. med. M. Falkenberg

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____

Name, Vorname

Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- Auftrags- und Konsillaboratorien* zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die wir bei uns nicht durchführen können
- Pathologie/ Zytologie*
- Privatärztliche Abrechnungsstellen*
- mit- und weiterbehandelnde Ärzte /Psychotherapeuten

Ich bin damit einverstanden, dass Rezepte von folgenden Personen in meinem Namen abgeholt werden dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass Sie zusätzlich zu mit- und weiterbehandelnden Ärzten folgenden Personen Auskunft bzgl. meiner Daten geben dürfen:

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Brief an die gesetzliche gynäkologische Krebsfrüherkennungsuntersuchung erinnert werde. (sog. " Recall ")

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

Datum / Unterschrift

* Die genauen Anschriften sind beim Personal der Anmeldung zu erfragen.