



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich, _____
Name, Vorname Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten an Auftragslaboratorien (die genauen Anschriften sind bei Bedarf beim Personal der Anmeldung zu erfragen) zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter, die im MVZ Labor Münster Hafengeweg GmbH nicht durchführen können, weitergeleitet werden.

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

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

Datum / Unterschrift