

## Einverständniserklärung des Patienten zur Abholung von Befund- und/oder Bilddaten durch Dritte (Familienangehörige, Verwandte, Bekannte)

Sehr geehrte/r Patientin/Patient,

Sie möchten einen Befundbericht und/oder Bilddaten durch einen Familienangehörigen, Verwandten, Bekannten in unserer Praxis abholen lassen.

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung dürfen patientenbezogene Informationen nur mit Ihrer schriftlichen Einverständnis an Dritte weitergegeben werden. Wir bitten Sie daher, vorliegendes Formular auszufüllen und zu unterzeichnen.

*[Bitte bei Abholung ausgefüllt und unterzeichnet an das Praxispersonal übergeben]*

### Name des Patienten/in

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Untersuchung vom: \_\_\_\_\_

**Ich, der Patient/Patientin bin mit der Abholung meiner Befund- und/oder Bilddaten durch untenstehend genannte Person, einverstanden.**

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten/in

### Name des Abholenden

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie ihren Ausweis zur Abholung mit.