

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

	<b>Institut für Pathologie</b> <b>Mülheim an der Ruhr</b>	Heidestraße 75-77 Postfach 11 01 40 Telefon 0208 992780 Dr.Oellig@pathologie-muelheim.de	45476 Mülheim an der Ruhr 45434 Mülheim an der Ruhr Telefax 0208 9927830 www.pathologie-muelheim.de
	Dr. med. Frank Oellig Dr. med. Marlene Helwing* Dr. (RO) Bianca-Manuela Purdea* <small>*angestellter Arzt / angestellte Ärztin</small>	Zertifiziert nach ISO 9001	

## Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung der Befunde an den behandelnden/weiterbehandelnden Arzt

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine Befunde an den behandelnden/weiterbehandelnden Arzt übermittelt werden (DSGVO - Datenschutz Grundverordnung 2018).

Diese Erklärung kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Praxisstempel

Fax Nr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten