

[www.labor-blessing.de](http://www.labor-blessing.de)

**Institut für Laboratoriumsmedizin**

Prof. Blessing, Dr. Frithjof Blessing und Kollegen

Virchowstr. 10c  
78224 Singen  
email:



Tel.: 07731 - 995 60  
Fax: 07731 - 982 683 1  
info@labor-blessing.de

Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie, Virologie,  
Immunologie, Molekulare Genetik und Humangenetik  
SGZ: Stoffwechsel- und Genzentrum • Laborärzte Singen



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bedanken uns bei Ihnen, daß Sie Ihre Laboruntersuchungen in unserem Institut durchführen lassen. Sie können versichert sein, daß Sie in uns einen zuverlässigen und kontinuierlichen Kooperationspartner haben.

Es ist für uns eine Selbstverständlichkeit, daß wir Ihre Daten vertraulich behandeln. Als akkreditiertes Labor sind wir zudem verpflichtet, die bestehenden gesetzlichen Regelungen über den Umgang mit Patientendaten korrekt zu beachten. Hierzu zählt insbesondere die Übertragung von Patientendaten per DFÜ (Datenfernübertragung, E-Mail etc.) sowie ggf. per Fax oder Post.

Die Übermittlung von Befunden und Laborergebnissen auf elektronischem Wege kann nur mit Ihrem schriftlich dokumentierten Einverständnis erfolgen. Sofern weitere Personen in die Datenübermittlung einbezogen werden sollen, ist auch hierfür Ihre schriftliche Einwilligung erforderlich. Bitte nehmen Sie in den umseitigen Rubriken die von Ihnen gewünschten Eintragungen vor und senden Sie das Formular mit Datum und Unterschrift versehen an uns zurück.

Ein Freiumschlag für den Postversand liegt bei.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

Ihr Laborteam

Ich, Frau / Herr (nichtzutreffendes bitte streichen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Str./ Postfach: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

bitte um Übermittlung meiner Laborergebnisse an folgende Personen:

Mich selbst

Rufnummer: \_\_\_\_\_ oder Fax: \_\_\_\_\_

oder E-Mail: \_\_\_\_\_

Herrn Prof. Dr. med. P. Freisinger und dessen Mitarbeiter (medizinische Befundinterpretation, ggf. Ernährungsberatung, therapeutische Anweisungen) telefonisch, per Fax oder E-Mail.

Zusätzlich an Frau / Herrn (z. B. Hausarzt):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Str./ Postfach: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Rufnummer: \_\_\_\_\_ oder Fax: \_\_\_\_\_

oder E-Mail: \_\_\_\_\_

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift, ggf. der gesetzlichen Vertreter)