

Patientendaten: Frau / Herr (nichtzutreffendes bitte streichen)

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____

Str./ Postfach: _____

PLZ / Ort: _____

Bitte übermitteln Sie meiner Laborergebnisse an:

☐ Mich selbst:
Rufnummer: _____ oder Fax: _____
oder E-Mail (unverschlüsselt): _____

☐ Meine Betreuer im Stoffwechselzentrum _____
Name, Vorname: _____
Str./ Postfach: _____
PLZ / Ort: _____
Rufnummer: _____ oder Fax: _____
oder E-Mail (unverschlüsselt): _____

☐ Zusätzlich an (z. B. Hausarzt):
Name, Vorname: _____
Str./ Postfach: _____
PLZ / Ort: _____
Rufnummer: _____ oder Fax: _____
oder E-Mail (unverschlüsselt): _____

Ich gebe diese Erklärung freiwillig ab. Mir ist bekannt, dass Emails unverschlüsselt übermittelt werden. Ich wurde auf die ausführlichen Erklärungen zum Datenschutz auf der Homepage des Labors (www.labor-blessing.de) hingewiesen. Mir wurde erläutert, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift, ggf. der gesetzlichen Vertreter)