MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH
Registernummer HRB 44346 • Amtsgericht Wittlich
Max-Planck-Str. 5, 8, 17, 20 54296 Trier
Tel.: +49(0)651-948710
Fax: +49(0)651-948711234
Email: praxis@patho-trier.de
Homepage: www.patho-trier.de

Ärztliche Leitung & Geschäftsführung:
Prof. Dr. med. Torsten Hansen
PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto
Geschäftsführung:
Prof. Dr. med. Bernd Klosterhalfen • Prof. Dr. med. Veit Krenn
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann - FÄ f. Pathologie
Dr. rer. nat. Petra Wandernoth - Sprecherin der Geschäftsführung

PATHOLOGIE TRIER
Histologie. Zytologie. Molekulare Diagnostik.

Einverständniserklärung Anforderung Patientenmaterial — FB

Einverständniserklärung:

Mit dieser schriftlichen Anforderung, die ich mittels **Post (MVZHZMD Trier, Max-Planck-Straße 5, 54296 Trier) oder Fax (+49-(0)651-948711234)** an das MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH (MVZ Trier) sende, befreie ich das MVZ Trier von den üblichen datenschutzrechtlichen Auflagen sowie den sich daraus ergebenden haftungsrechtlichen Auflagen/Festlegungen.
Ich gehe damit das Risiko ein, dass die Daten auf dem Transportweg ggf. durch nicht berechtigte Dritte eingesehen werden können. Der Versand erfolgt nur bei vollständig ausgefüllter Erklärung und Einreichung aller benötigten Dokumente (Personalausweis bei privater Anforderung).

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt, Land) _____

Ich erkläre mich einverstanden, dass das von mir

- ☐ entnommene Material (Nassmaterial sofern noch vorhanden)[*1]
- ☐ Paraffinblockmaterial[*2] Begründung für Blockversand: _____
- ☐ Schnittpräparate (Anzahl der Präparate: _____)[*3]
- ☐ Befundkopien[*4]

vom MVZ Trier, Max-Planck-Straße 5, 54296 Trier

- ☐ zur konsiliarischen Mitbegutachtung
- ☐ im Rahmen einer Studie (umsatzsteuerpflichtig[*5])
- ☐ zur Weiterbehandlung durch neue Ärzte

wie folgt übermittelt wird:

- ☐ Postversand an die oben genannte Adresse
- ☐ Postversand an folgende Empfänger-Adresse:

  _____
  Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt, Land)
- ☐ Fax/Email an folgende Nummer/Adresse: _____

Angaben zum Kostenträger (Die Abrechnung kann nur auf Privatrechnung erfolgen!)

_____

_____

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient/-in _____

***1 – Der Empfänger verpflichtet sich zur Einhaltung der Bestimmungen der TRGS 900, Kosten: 50,-€**
***2 – Paraffinblöcke werden nur in Ausnahmen versandt, Kosten: 25,-€**
***3 – Originalschnitte werden nur in Ausnahmen versandt, Kosten: 15,-€ je Schnittpräparat, zzgl. 25,-€ Versandkosten**
***4 – Kosten pro Kopie 0,50€ für die ersten 50 Seiten, danach 0,15€ pro Kopie, zzgl. Versandkosten**
***5 – Alle Leistungen die für Studien erbracht werden verstehen sich zzgl. MwSt.**