

Prof. Dr. med. Dr. phil. J. Kriegsmann PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. M. Otto Prof. Dr. med. V. Krenn Prof. Dr. med. B. Klosterhalfen	MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH	
Erklärung zur Vertraulichkeit Befundübermittlung Einsender		FB

Sehr geehrte Einsender-/innen,
 sehr geehrte Kollegen und Kolleginnen,
 sehr geehrte Damen und Herren

unsere pathologisch-anatomische bzw. molekulare Befunde enthalten personenbezogene Gesundheitsdaten dessen Schutz uns sehr wichtig und gemäß des BDSG und der DSGVO verpflichtend ist.

Vor der elektronischen Befundzustellung per Fax/HL7- /LDT-Schnittstelle und Email bitten wir Sie, diese Erklärung zur Vertraulichkeit **vollständig ausgefüllt mit Stempel** an unsere Faxnummer **0651-99258383** zurück zu senden.

Für Ihre Mithilfe und Verständnis bedanken wir uns rechtherzlich im Voraus.

Bitte wählen sie eine Versandart und geben sie alle Faxnummern, Email-Adressen, Kontaktpersonen, die für die Befundübermittlung relevant sind, an:

- Fax-Nr.: _____
- Email-Adresse: _____
- HL7, Name DV-Kontaktperson: _____
- LTD, Name DV-Kontaktperson: _____

Erklärung:

Mit dieser schriftlichen Anforderung befreie ich das MVZ für Histologie, Zytologie und molekulare Diagnostik Trier GmbH von den üblichen datenschutzrechtlichen Auflagen sowie den sich daraus ergebenden haftungsrechtlichen Auflagen/Festlegungen und beauftrage die Übermittlung meiner Befundberichte. Ich gehe damit das Risiko ein, dass die Daten auf dem Transportweg ggf. durch nicht berechnigte Dritte eingesehen werden können.

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass für die angegebene Versandart und Spezifikation

- der Befundempfang vertraulich behandelt wird und der Standort der Empfangsgeräte (z.B. Faxgerät, PC, EDV-Server) für Dritte nicht zugänglich ist.
- ausschließlich autorisiertes Personal, die zur Vertraulichkeit verpflichtet worden sind, Zugang zu den Empfangsgeräten und Einsicht in pathologisch-anatomische bzw. molekulare Befunde hat.

Diese Erklärung ist gültig für die Dauer der Zusammenarbeit bzw. bis sie schriftlich widerrufen wird.

 Ort, Datum

Stempel, Unterschrift