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 Befundzustellung über den von Ihnen gewünschten Versandweg bitten wir Sie, diese Einverständniserklärung **vollständig ausgefüllt mit Kopie ihres Personalausweises bzw. Reisepasses** zur eindeutigen Identifikation **per Post (MVZHZMD Trier, Max-Planck-Straße 5, 54296 Trier) oder Fax (+49-(0)651-99258383)** an uns zurück zu senden.

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

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 berechtigte Dritte eingesehen werden können.

_____ _____ _____
Name Vorname Geburtsdatum

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

Ich beauftrage das MVZ für Histologie, Zytologie und Molekulare Diagnostik Trier GmbH mir meine Befundberichte ggf. kostenpflichtig wie folgt zu übermitteln:

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

  _____
  Bitte vollständige Adresse (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Stadt, Land) angeben

- ☐ Fax an folgende Nummer: _____
- ☐ Email an folgende Adresse: _____

_____ _____
Ort, Datum Unterschrift