

**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 Leiter:**  
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  
PD Dr. med. habil. Dipl.-Med. Mike Otto - FÄ f. Pathologie  
Dr. rer. nat. Petra Wandernoth - Sprecherin der Geschäftsführung



**Einverständniserklärung Befundübermittlung Patient/in**

**FB**

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)651-948711234)** 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 berechnigte 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