

Dieses Feld füllen wir für Sie aus!

Kassen-Nr.: _____	Status aktuell: _____
Vers.-Nr.: _____	VK gültig bis: _____
Vertragsarzt-Nr.: _____	Datum heute: _____

Nachname, Name: _____ **Geb.-Datum:** _____

Ich bin darüber informiert worden, dass die **Gynäkologie an der Oper** bestimmte Untersuchungen von Proben (Blut, Gewebe etc.) nicht selbst durchführt, sondern diese zur Untersuchung an das

IZD Hannover
Dr. Böhmer, Dr. Stolte, Dr. Behrens
Theaterstr. 14
30159 Hannover

weiterleitet.

An das IZD Hannover werden neben den Proben auch personenbezogene Daten (insbes. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherungs-Nr., Behandlungsdaten) übermittelt. Mit der Weitergabe der Proben zur Untersuchung sowie meiner personenbezogenen Daten an das IZD Hannover bin ich einverstanden.

Die Abrechnung der Leistungen des IZD Hannover erfolgt durch die medipecc GmbH, Abrechnungsservice für Ärzte, Kasseler Landstr. 25a, 37081 Göttingen.

Mit der Weitergabe meiner zur Abrechnung erforderlichen Patientendaten, insbes. Name, Geburtsdatum, Anschrift, Behandlungsdaten, an die medipecc GmbH durch das IZD Hannover erkläre ich mich hiermit ebenfalls einverstanden.

Die Daten dürfen nur im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht sowie der Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes genutzt werden.

Diese Zustimmung gilt auch für zukünftige Behandlungen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung der Schweigepflicht jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Eine Durchschrift dieser Einverständniserklärung habe ich erhalten.

Datum

Unterschrift Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter