

Universitätsklinikum Düsseldorf AöR • Moorenstraße 5 • 40225 Düsseldorf

Zentralinstitut für Klinische Chemie und Laboratoriumsdiagnostik  
Direktor: Universitätsprofessor Dr. med. F. Boege

**Datenübermittlung zwischen Universitätsklinikum und Hausarzt  
sowie sonstigen Mit-, / Weiterbehandlern**

- Verwendbar sowohl für gesetzlich als auch privat krankenversicherte Patienten!-

**Einverständniserklärung nach Art. 6 Abs. 1 a), Art. 9 Abs. 2 a), h), Abs. 3, Absatz 4 DS-GVO) und § 73 Abs. 1b SGB V**

Ich \_\_\_\_\_ (bitte hier Namen, Vornamen, Geb.-Datum eintragen)

**1. bin damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum (UKD) die mich betreffenden  
Behandlungsdaten und Befunde an mein/e/n**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt<br><input type="checkbox"/> überweisenden/einweisenden Facharzt<br><input type="checkbox"/> nach-, mit- oder weiterbehandelnden Facharzt<br><input type="checkbox"/> nachbehandelndes Krankenhaus, Reha-Einrichtung<br><input type="checkbox"/> ..... sonstigen Behandler (z.B. Therapeut) |
|--|
- zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung **übermittelt**. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dorthin dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation.

**2. Ich bin damit einverstanden, dass das UKD die bei meinem/meiner**

- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt<br><input type="checkbox"/> überweisenden/einweisenden Facharzt<br><input type="checkbox"/> nach-, mit- oder weiterbehandelnden Facharzt<br><input type="checkbox"/> vorbehandelnde/n Krankenhaus, Reha-Einrichtung<br><input type="checkbox"/> ..... sonstigen Behandler (z.B. Therapeut) |
|--|
- vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, **anfordern kann**. Das UKD wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

**Ihre Einwilligung ist freiwillig und frei kombinierbar.**

**Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen Hausarzt, mit-, / weiterbehandelnden Facharzt und UKD statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie bitte an die Administrative Patientenaufnahme (D02.2.1) mittels formloser schriftlicher Erklärung unter Angabe Ihres Namens und Anschrift (ggf. mit Angabe der Aufnahme-Nr). Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.**

\_\_\_\_\_  
(Ort und Datum) (Unterschrift des Patienten)