

## Einverständniserklärung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie werden bei der Harngewinnung videoüberwacht, um die vom Zuweiser geforderten Kriterien „Harn auf Sicht“ zu erfüllen.

Es erfolgt **keine** Videoaufzeichnung!

Sollten Sie beobachtet werden, einen „Fakeharn“ abgeben zu wollen, wird die Untersuchung abgebrochen und die veranlassende Stelle informiert.

Ich habe die Einverständniserklärung gelesen und inhaltlich verstanden.

---

Name

---

Geburtsdatum

---

Vorname

---

Eigenhändige Unterschrift

---

Datum



Auftragsnummer:

Name

Bitte in BLOCKSCHRIFT

Vorname

Bitte in BLOCKSCHRIFT

Soz.Vers.Nr.

--	--	--	--

Vers.Nummer

--	--	--	--	--	--

T T M M J J

Geburtsdatum

Strasse

Bitte in BLOCKSCHRIFT

PLZ

Ort

Bitte in BLOCKSCHRIFT

Telefon

## Nur wenn Rechnungsadresse abweicht

Rechnung an:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Befund:

wird abgeholt

per Post

per Patientenportal

per E-Mail

@

Mailadresse wird bis auf Widerruf gespeichert

oder an Arzt bzw. Auftraggeber \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass durch die Übermittlung der Daten, (unberechtigte) Dritte Kenntnis über die Informationen erhalten können und diese Daten verändert werden können. Mir ist bewusst, dass dies zur Offenlegung meines Gesundheitszustandes führen kann. Diese Einwilligung gilt nur für die Übermittlung dieses aktuellen Laborauftrages.

## Analysen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ich beauftrage das Labor Dr. Philadelphia mit obigem Laborbefund auf privater Basis (keine Kassendirektverrechnung). Ich bin mit der Übermittlung meines Befundes an den angegebenen Arzt/Auftraggeber einverstanden.

Datum:

Unterschrift: