

Für die Patientenakte einmalig auszufüllen

## **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich, \_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum

mich damit einverstanden, dass meine Daten zu folgenden Zwecken an folgende Stellen weitergeleitet werden:

- MVZ Labor Essen Nienkampstraße  
und Ärztliche Praxislaboratorien Essen, GbR  
Nienkampstr. 1  
45326 Essen
- und bei Bedarf an ein spezialisiertes medizinisches Labor  
zum Zweck der Untersuchung labormedizinischer Parameter  
und ggf. Rechnungslegung.
- ggf. Verrechnungsstelle:  
OMLAB GmbH  
Nienkampstr. 1  
45326 Essen

Ich bin berechtigt, gemäß SGB V §73 Absatz 1b diese Einverständniserklärung jederzeit zu widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift