

Lieferadresse: Ratzeburger Allee 160 Haus V72

## Einsendeschein für Tumorzytogenomik Diagnostik Uveamelanom

### Patient/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht: w m d

### Kostenübernahme

ambulant, Überweisungsschein Muster 10 beigelegt<sup>1</sup>

stationär

privat<sup>2</sup> Rechnung an: Arzt/Ärztin Patient/in

### Einsendende/r Ärztin/Arzt (Bitte Stempel oder Druckschrift!)

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Tel./Fax

Datum, Unterschrift

### Einverständnis des/der Patienten/in bzw. der Vertretung (Erforderlich für die Durchführung der Analyse!):

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis mit der geplanten genetischen Untersuchung, der dazu notwendigen Blut-/Gewebeentnahme, der Archivierung sowie gegebenenfalls Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (anonym) sowie der Einwilligung in die Datenweitergabe und Verarbeitung Ihrer Daten in unserem Unternehmen gemäß Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) i.V.m. §§ 32,33 BDSG nf. (Nichtzutreffendes bitte streichen).

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. der Vertretung

### bzw. Bestätigung des/der Arztes/Ärztin:

Die Einwilligung des/der o.g. Patienten/-in (bzw. bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten) zu den angeforderten Untersuchungen liegt mir vor. Die Einwilligung zur Blut-/Gewebeentnahme, zur Archivierung sowie ggf. Nutzung verbleibenden Untersuchungsmaterials für Forschungszwecke (anonym) sowie der Einwilligung in die Datenweitergabe und Verarbeitung der Daten in unserem Unternehmen gemäß Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) i.V.m. §§ 32,33 BDSG nf liegt vor. (Nichtzutreffendes bitte streichen).

Name des/der anfordernden Arztes/Ärztin (bitte DRUCKBUCHSTABEN)

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des/der anfordernden Arztes/Ärztin

### Für Privatpatient/innen

Einwilligung in die Datenweitergabe und Verarbeitung Ihrer Daten in unserem Unternehmen gemäß Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DS-GVO) i.V.m. §§ 32,33 BDSG nf

Ich erteile hiermit die jederzeit widerrufliche Einwilligung, dass die Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH gem. den Informationen zu Datenverarbeitung und Datenschutz für Patienten meine Daten verarbeitet und die zur Abrechnung erforderlichen wesentlichen Daten der Behandlung, insbesondere solche aus der Patientenakte (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenversicherung, Befunde, Behandlungsverläufe), der damit beauftragten Abrechnungsstelle, der unimed Abrechnungsservice für Kliniken und Chefärzte GmbH, Auf der Heide 17-19, 66687 Noswendel, ausschließlich zum Zwecke der Rechnungsstellung und des Inkassos zur Verfügung stellt. Insoweit entbinde ich die an der Behandlung beteiligten Ärzte des Ambulanzentrums des UKSH gGmbH ausdrücklich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. der Vertretung  
(bei Minderjährigen des oder der Sorgeberechtigten)

