

# Zustimmungserklärung zur Befundübermittlung

Hiermit erteile ich,

_____ Vorname, Nachname	_____ Titel
_____ Adresse	_____ Geburtsdatum + Sozialversicherungsnummer
_____ Telefonnummer	_____ E-Mail-Adresse

ausdrücklich meine Zustimmung, dass Befunde, welche von einer Einrichtung der Tirol Kliniken GmbH oder der Medizinischen Universität Innsbruck z.B. Labore, Sektion für Hygiene und medizinische Mikrobiologie als Dienstleister/ Auftragsverarbeiter für Dritte (z.B. externe BehandlerInnen) erstellt wurden, zum Zwecke meiner Behandlung auf Anfrage an die Universitätsklinik für

\_\_\_\_\_,  
A.ö. Landeskrankenhaus - Universitätskliniken Innsbruck, übermittelt werden.

Gegenständliche Zustimmung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden. Ein solcher Widerruf zieht keinen wie immer gearteten Nachteil nach sich, insbesondere auch nicht für die weitere medizinische Behandlung.

Innsbruck, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift PatientIn (oder gesetzliche Vertretung)