

ÜGP MVZ

Institut für Pathologie, Dermatopathologie, Zytologie und Molekularpathologie GbR

Prof. Dr. med. M. Anlauf • Dr. med. L. Becker* • Dr. med. I. Boeck • Dr. med. Ch. Dierkes
Dr. med. R. Eschmann • Prof. Dr. med. L. Fink • Dr. med. A. Mayet*
Dr. med. Dipl. hum. biol. U. Stahl • Dr. med. F. Steinmüller • Prof. Dr. med. A. Warth
Dr. med. Ch. Becker* • T. Dell* • Dr. med. Ch. Gustmann, FIAC*
P. Kaiser* • I. Kiehlmann**

*angestellte Ärzte

- Fachärzte für Pathologie, Dermatologie* und Dermatohistologie* -

Mitglied im



gemäß § 15 Abs.3 BMV-A bzw. § 14 Abs.2 EKV



Institute für Pathologie Marburg / Wiesbaden

Dr. med. H. H. Köhler
Dr. med. O. Basten
Dr. med. S. Oeschger

Prof. Dr. med. A. Fisseler-Eckhoff
Priv. Doz. Dr. med. C. Renné
Priv. Doz. Dr. med. K. Willenbrock

1. Versendungsauftrag für Befunde

Welche der aufgeführten Versandarten der Befunde wünschen Sie?

(bitte Versandart ankreuzen): Post
 Postverzicht

Postverzicht ist nur bei einer elektronischen Befundübermittlung möglich!

(bitte elektr. Übermittlung ankreuzen): Email codiert *)
 LDT (Fa. Onlab *)
 Fileshare *)
 HL7 *)

2. *) Sicherstellung der Vertraulichkeit betr. elektronische Übermittlung der Befunde gemäß Versendungsauftrag für Befunde (Email codiert, LDT, Fileshare und HL7)

Aus datenschutzrechtlichen Gründen bitten wir Sie um folgende Erklärung:

1. Wir bitten das ÜGP MVZ Patientenbefunde an uns an folgende Email-Adresse zu senden

Email-Adresse: _____

2. Wir versichern, dass der Email-Account nur dem von uns autorisierten Personal zugänglich ist. Dritten ist es nicht möglich an die Befunde zu gelangen.

3. Die von dem ÜGP MVZ elektronisch übermittelten Befunde werden von uns vertraulich behandelt. Eine Weitergabe der Befunde an Dritte wird ohne vorherige schriftliche Genehmigung des Betroffenen nicht durchgeführt.

4. Sollten seitens des ÜGP MVZ irrtümlich Befunde übermittelt werden, so bitten wir um sofortige Information an unsere Datenschutzbeauftragte. Die Weitergabe oder das Kopieren dieser Befunde ist nicht gestattet.

5. Diese Erklärung ist für die Dauer der Zusammenarbeit mit dem ÜGP MVZ bzw. bis auf unseren schriftlichen Widerruf gültig.

Ort, Datum _____ Unterschrift und Stempel _____

Das ausgefüllte Formular können Sie gerne direkt an unseren EDV Beauftragten Herrn Roth mit der Email: edv@patho-uegp.de senden