

Entbindung von der Schweigepflicht

(Vor-, Nachname Patient)

(Adresse Patient)

(Geburtsdatum Patient)

Entbindung von der Schweigepflicht - Transfusionsmedizinische Praxis Regensburg

Um im Rahmen zukünftiger Laboruntersuchungen zu meiner Person, durch den BSD oder die Transfusionsmedizinischen Praxen, Gesundheitsgefährdungen für mich zu verringern, ist die Berücksichtigung und der Abgleich von Laborbefunden aus vorangegangenen Laboruntersuchungen erforderlich. Außerdem ist zur Abwicklung der Bestellung von BSD Blutprodukten (soweit einschlägig) die Weitergabe von personenbezogenen Patientendaten und sonstiger Informationen zur Bestellung an den BSD erforderlich.

Ich willige daher ein, dass die die Laboruntersuchungen durchführende Transfusionsmedizinische Praxis Regensburg, Hoher-Kreuz-Weg 7, 93055 Regensburg, den Laborbefund, damit im Zusammenhang stehende personenbezogene Patientendaten und Informationen zur Bestellung von BSD Blutprodukten (soweit einschlägig), an

- den Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes gGmbH, Herzog-Heinrich-Straße 2-4, 80336 München („**BSD**“),
- die Transfusionsmedizinische Praxis München, Herzog-Heinrich-Straße 4, 80336 München, und
- die Transfusionsmedizinische Praxis Nürnberg, Heimerichstr. 57, 90419 Nürnberg (gemeinsam „**Transfusionsmedizinische Praxen**“),

übermittelt und offenbart, soweit dies erforderlich ist.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter)