

Zustimmungserklärung zur Befundübermittlung des Zentralinstituts für Bluttransfusion und Immunologische Abteilung (ZIB)

Hiermit erteile ich,

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

ausdrücklich meine Zustimmung, dass Befunde, welche vom **Zentralinstitut für Bluttransfusion und Immunologische Abteilung (ZIB)** 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
und/ oder an die anfordernde Ärztin/ den anfordernden Arzt:

unter Berufung auf meine (dieser/ diesem oben genannten Anforderer/ in) zeitnah zur Übermittlung erteilte Zustimmung übermittelt werden.

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

Innsbruck, am _____

Unterschrift PatientIn (oder gesetzliche Vertretung)