

## Widerrufserklärung

### Allgemeine Angaben

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

eMail-Adresse \_\_\_\_\_

Hiermit widerrufe ich folgende von mir gegebene Einwilligungserklärung:

Widerruf für gegebene Einwilligungserklärung	Widerruf	Datum
Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass bei Bedarf meine Befunde an andere mitbetreuende Ärzte weitergeleitet werden	<input type="checkbox"/>	
Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass Kontaktaufnahme und Zusendung von Befunden / Patienteninformationen <b>per Email</b> an oben genannte Email-Adresse versendet erfolgen.	<input type="checkbox"/>	
Hiermit widerrufe ich meine Einwilligung, dass meine Daten bei Bedarf an ein externes Labor weitergeben werden können. Mir ist bewusst, dass bei speziellen Anforderungen eine Abrechnung der Laborleistung durch das Labor erfolgen kann.	<input type="checkbox"/>	

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der/s Patienten/in