

Weitergabe von immunhämatologischen Befunden / Befundberichten, die im Auftrag einer anderen Einrichtung der Krankenversorgung von der DRK-Blutspendedienst West gGmbH bzw. von ihren Tochtergesellschaften* erhoben wurden

– Formblatt 1 –

*Tochtergesellschaften sind die DRK-Blutspendedienst Rheinland-Pfalz und Saarland gGmbH sowie die DRK-Blutspendedienst Ostwestfalen-Lippe gGmbH

Patientendaten:	
Name, Vorname:	_____
Straße, Hausnummer:	_____
PLZ, Ort:	_____
Geburtsdatum:	_____

Anfragende Einrichtung:	
Name, Firmenbezeichnung:	_____
Straße, Hausnummer:	_____
PLZ, Ort:	_____
Name des anfordernden Arztes/der anfordernden Ärztin:	_____

Hiermit willige ich (der o. g. Patient / die o. g. Patientin bzw. dessen / deren gesetzlicher Vertreter) ein, dass meine bei der DRK-Blutspendedienst West gGmbH bzw. bei deren Tochtergesellschaften hinterlegten immunhämatologischen Befunde an die anfragende Einrichtung weitergegeben und ggf. dort gegenüber erläutert und besprochen werden.

Datum

Unterschrift des Patienten/der Patientin bzw.
des gesetzlichen Vertreters