

## **Einverständniserklärung zur Untersuchung durch Optipath, MVZ für Pathologie und eventuelle weitere Begutachtung durch einen Konsiliarpathologen/-in**

Hiermit erkläre ich,

.....  
(Name des Patient/ der Patientin),

mich damit einverstanden, dass mein entnommenes Gewebe durch die Optipath, MVZ für Pathologie bzw. die Opticyt, Ginnheimer Landstr. 86, 60487 Frankfurt am Main histologisch/zytologisch begutachtet wird, deren Mitarbeiter/innen den Bestimmungen der ärztlichen Schweigepflicht unterstehen und zusätzlich durch einen Datenschutzbeauftragten zur ordnungsgemäßen Anwendung der europäischen Datenschutzverordnung/des Bundesdatenschutzgesetzes überwacht werden.  
Darüber hinaus stimme ich zu, dass bei für die Diagnose relevanten Fragestellungen mein Gewebe an einen Konsiliarpathologen/-in zur Zweitbegutachtung versandt werden darf.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Patienten/ der Patientin