

ZUSTIMMUNG DES PATIENTEN ZUR ÜBERMITTLUNG VON LABORBEFUNDEN AN EINEN MITBEHANDELNDEN ARZT

Vom Patienten auszufüllen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

wohnhaft (Ort, Straße): _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Laborbefunde von mir einholt, die die MVZ Labor Greifswald GmbH vorliegen hat.

Die Verwendung der Informationen ist nur zur Dokumentation und Behandlung zulässig. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist nicht zulässig!

Datum

Unterschrift des Patienten

Von der Praxis auszufüllen:

[Praxisstempel]

Ich versichere die Richtigkeit der oben angegebenen Personendaten und bitte um Übermittlung der folgenden Befundinformationen: _____

Datum

Unterschrift des Arztes /der Ärztin

Das ausgefüllte Formblatt faxen Sie bitte an **Fax: 03834 8193-39!**

Bei telefonischen Befundübermittlungen bitten wir darum, das ausgefüllte Formblatt zeitnah an das Labor weiterzuleiten!

Dieses Dokument finden Sie auch in der aktuellen Fassung auf unserer Internetseite www.imd-greifswald.de