

# 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!