

Zustimmung Übermittlung von Laborbefunden

B

Bitte vom Patienten ausfüllen lassen:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Postleitzahl, Wohnort

- Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt durch andere Ärzte veranlasste Laborbefunde vom Labor Becker einholt.
- Einer Weitergabe der Daten an Dritte stimme ich nicht zu.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Bitte von der Praxis ausfüllen lassen:

Ich bestätige die Richtigkeit der oben angegebenen Personendaten und bitte um Übermittlung der folgenden Befundinformationen per Fax.



Faxnummer

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Zustimmung zu.
Rückfax an: 089 450 917-290

**LABOR
BECKER**

Labor Becker MVZ eGbR
Fürhrichstr. 70, 81671 München
www.labor-becker.de

kontakt@labor-becker.de
Telefon 089 450 917-0
Fax 089 450 917-100