

Zustimmung Übermittlung von Laborbefunden



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.



Praxisstempel

Faxnummer

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Bitte senden Sie uns die ausgefüllte Zustimmung zu.

Rückfax an: 089 450 917 - 290