

Zustimmung des Patienten zur Übermittlung von Laborbefunden an einen mitbehandelnden Arzt

Vom Patienten auszufüllen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ, Ort, Straße: _____

Ich bin einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Laborbefunde von mir einholt, die dem MVZ Medizinische Laboratorien Düsseldorf vorliegen.

Die Verwendung der Informationen dient ausschließlich der Dokumentation und ist für die Behandlung zulässig. Eine Weitergabe der Daten Dritte ist nicht zulässig.

Datum

Unterschrift des Patienten

Von der Praxis auszufüllen:

Ich bestätige die Richtigkeit der oben angegebenen Personendaten und bitte um Übermittlung folgender Befundinformationen: _____

Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Das Formblatt faxen Sie bitte an: **Fax: 0211 - 49 78 333.**

Bei telefonischen Befundübermittlungen bitten wir um zeitnahe Einreichung des ausgefüllten Formblatts an das Labor!