

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

in die Befundübermittlung

Patientendaten:

Name, Vorname: _____ Geb.datum: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde und Untersuchungsergebnisse an meine (mit)behandelnde Ärztin / meinen (mit)behandelnden Arzt übermittelt werden. Ich befreie die MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH ausdrücklich von der Verschwiegenheitsverpflichtung nach § 203 StGB.

Meine Untersuchungsergebnisse und Befunde sollen übermittelt werden an:

Titel, Name, Vorname: _____

Straße, PLZ/Ort: _____

ggf Faxnummer: _____

per Post

per Fax (bitte Faxnummer oben ergänzen)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient/in bzw. des gesetzlichen Vertreters
(bitte Name des gesetzlichen Vertreters zusätzlich
in Blockschrift)