



LABOR
Dr. Tiran

MEDIZINISCH
DIAGNOSTISCHES
LABOR

Einwilligungserklärung Zweitbefund

Ich

geboren am:

stimme zu, dass das Labor Dr. Tiran sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (wie z.B. persönliche Daten, die Diagnose, ermittelte Laborwerte, Therapieempfehlungen, ...) mittels Fax oder alternative Übermittlungsmethode an folgende Ordination senden darf.

Stempel und
Faxnummer/Mailadresse/DaMe Nummer:

Datum

Unterschrift d. Patienten bzw. gesetzl. Vertreter