

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