

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 alternativer Übermittlungsmethode an folgende Ordination senden darf.

- Stempel und DaMe Nummer für pdf Übermittlung
- Mailadresse/Passwort für verschlüsselte eMail Übermittlung

Datum

Unterschrift d. Patienten bzw. gesetzl. Vertreter