

SOP-CB-ABZ.O.0008.09	Beilage 3	Datum: 12.09.2019	Seite 1 von 1
----------------------	-----------	-------------------	---------------

Entbindung von der Schweigepflicht

.....
Name Patient (Druckbuchstaben)

.....
Geburtsdatum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient

.....
Labornummer/ Zeitraum

Ich willige ein, dass das MVZ Gemeinschaftslabor Cottbus GbR meine Laborbefunde in telefonischer, elektronischer und gedruckter Form, sowie per Fax an folgenden Empfänger übermittelt

von Arzt

und weitere

an Arztpraxis/ berechnigte Person

Praxisstempel / Stationsstempel
<input type="checkbox"/> Fax-Nummer:
<input type="checkbox"/> Tel.-Nummer:
<input type="checkbox"/> Datenfernübertragung

Praxisstempel / Stationsstempel
<input type="checkbox"/> Fax-Nummer:
<input type="checkbox"/> Tel.-Nummer:
<input type="checkbox"/> Datenfernübertragung

Die Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

BITTE ZURÜCK FAXEN AN

0355 – 58 402 885