

SOP-CB-ALL.O.0034.03	Beilage 3	Datum: 21.10.2024	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 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