



Zustimmung zur Übermittlung von Laborbefunden

Patientendaten:

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Wohnort	

Ich bin damit einverstanden, dass das Medizinische Labor Rosenheim die von mir vorliegenden Laborbefunde meinem behandelnden Arzt übermittelt.

Die Befunde sind für die weitere Behandlung erforderlich.

Datum

Unterschrift Patient

Praxisdaten (Praxisstempel):

--

Ich bestätige, dass die oben angegebenen Patientendaten korrekt sind und die Patientin/der Patient in meiner Praxis in Behandlung ist.

Ich bitte um Übermittlung der folgenden Laborbefunde (bitte ankreuzen):

☐ **Mikrobiologie**

☐ **klinisch-chemisches Labor inkl. Spezialdiagnostik**

Befund-Datum von _____ bis _____, oder

☐ **nur aktuelle Befunde**

Datum

Unterschrift Arzt