

Befund-Versand an Dritte



MEDIZINISCHES
LABOR
CELLE

Bitte zurückfaxen an: 05141 / 9256-30

Patient (Name, Vorname): _____

Auftragsnummer Facharztlabor: _____ vom: _____
Datum

Faxnummer

Empfängername

ggf. Grund der Übermittlung
(z.B. Weiterbehandlung/Urlaubsvertretung etc.)

Das schriftliche Einverständnis des Patienten zur Weitergabe seines Befundes an die aufgeführten Empfänger liegt uns vor.

Ort, Datum

Unterschrift des Auftragserteilenden Arztes

Praxisstempel