

## Erklärung

### über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Herr/ Frau

Geb. am

wohnhaft in

entbinde hiermit das **MVZ Labor Ravensburg**

**Name: MVZ Labor Ravensburg**

**Anschrift: Elisabethenstraße 11, 88212 Ravensburg**  
**Faxnummer: 0751-502 399**

von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Laborergebnisse übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in

An:

**die Praxis:**

\_\_\_\_\_

**das Krankenhaus:**

\_\_\_\_\_

**Faxnummer:**

\_\_\_\_\_