

## Einwilligungserklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ x

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**entbinde hiermit das MVZ Labor Ravensburg**

Name: MVZ Labor Ravensburg SE & Co.eGbR

Anschrift: Elisabethenstraße 11, 88212 Ravensburg

Fax-Nummer: 0751 502-399

**von seiner ärztlichen Schweigepflicht.**

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

An: ☐ die Praxis: \_\_\_\_\_

☐ das Krankenhaus: \_\_\_\_\_

☐ Faxnummer: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in