

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