



## Zustimmung des Patienten zur Übermittlung von Laborbefunden an einen mitbehandelnden Arzt

### Vom Patienten auszufüllen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, Straße \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Laborbefunde von mir einholt, die der Medizinischen Laboratorien Düsseldorf, Dres. Nemes, Kux, Geisel, Herzum vorliegen.

Die Verwendung der Informationen dient ausschließlich der Dokumentation und ist für die Behandlung zulässig. Eine Weitergabe der Daten Dritte ist nicht zulässig.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

### Von der Praxis auszufüllen:

Ich bestätige die Richtigkeit der oben angegebenen Personendaten und bitte um Übermittlung folgender Befundinformationen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes / der Ärztin

Das Formblatt faxen Sie bitte an: **Fax: 0211 - 493 06 12.**

Bei telefonischen Befundübermittlungen bitten wir um zeitnahe Einreichung des ausgefüllten Formblatts an das Labor!