



IMD Labor Oderland GmbH
MVZ Ärztliches Labor Dr. Frank Berthold und Kollegen
Am Kleistpark 1, 15230 Frankfurt (Oder)

Zustimmung des Patienten zur Übermittlung von Laborbefunden an einen mitbehandelnden Arzt

Durch den Patienten auszufüllen:

Name, Vorname: _____

• Geburtsdatum: _____

wohnhaft (Ort, Straße): _____

Ich bin damit einverstanden, dass mein behandelnder Arzt Laborbefunde einholt, die in der IMD Labor Oderland GmbH vorliegen.

Die Verwendung der Informationen ist nur zur Dokumentation und Behandlung zulässig. Eine Weitergabe der Daten an Dritte ist nicht zulässig!

Ich stimme der unverschlüsselten Faxübermittlung des Befundes zu.

Datum

Unterschrift des Patienten

Von der Praxis auszufüllen: (Praxisstempel)

• Ich versichere die Richtigkeit der oben angegebenen Personendaten und bitte um Übermittlung der folgenden Befundinformationen:

Datum

Unterschrift des Arztes /der Ärztin

Das ausgefüllte Formblatt faxen Sie bitte an **0335 55 81-160!**