

Übermittlung von Befundergebnissen an Dritte

Formblatt, Dokument ID: FOR – 394 – V1 (Stand: 04.04.2011)

Universitätsklinikum Rostock (AöR), Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin
Laborarztpraxis am Klinikum der Universität Rostock

Einsender:

Datum:

(Adresse)

.....

Telefon:

Telefax:

- Patientendaten -

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

.....

Fall-Nr.:

Patienten-Nr.:

Laborbefund – Datum:

Parameter:

.....

.....

.....

Hiermit bestätige ich das Einverständnis des o.g. Patienten zur Übermittlung der
labormedizinischen Befunde an mich eingeholt zu haben.

.....
Datum/Unterschrift
Arzt

.....
Stempel/Arzt

Formular bitte zurück an Faxnummer: 0381-494-7676