

**Übermittlung von Befundergebnissen an Dritte**

**Formblatt, Dokument ID: FOR – 394 – V4** 20241111

Universitätsmedizin Rostock (UMR), Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin  
Laboratoriumsmedizin Rostock im MVZ der UMR

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.

*!Nicht zu verwenden bei Untersuchungsverfahren im Rahmen des Gendiagnostikgesetzes!*

.....  
Datum/Unterschrift  
Arzt

.....  
Stempel/Arzt

.....  
Datum/Unterschrift  
Patient

**Formular bitte zurück an Faxnummer: 0381-494-7676**