



An

MVZ Labor Schweinfurt GmbH

Fax: 09721/53332299

Einverständniserklärung zur Herausgabe von Laborbefunden

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass das MVZ Labor Schweinfurt GmbH unten benannter Einrichtung meine aktuellen Laborbefunde übermitteln darf.

Patientenname/-vorname

Geburtsdatum

Unterschrift des/r Patienten/-in

Eine Unterschrift des Patienten/ der Patientin kann aktuell nicht vorgelegt werden, allerdings liegt ein mündliches Einverständnis vor.

Stempel Praxis/Krankenhaus