



Ermächtigung zur Weiterleitung von Labordaten und Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht

Die/der Unterzeichnete

Frau Herr

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse/Nr.: _____

Ort/PLZ: _____

ermächtigt das Institut für Labormedizin, ihre/seine persönlichen Labordaten an folgende/-n Ärztin/Arzt weiterzuleiten.

Ort/Datum: _____

Unterschrift (Patient/-in): _____

Name: _____

Institut: _____

Strasse/Nr.: _____

Ort/PLZ: _____

Tel.: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Bemerkung: _____

Die/der Unterzeichnete bestätigt, als behandelnde/-r Ärztin/Arzt zur Kenntnis der Laborresultate der/des oben genannten Patientin/-en berechtigt zu sein.

Ort/Datum: _____

Unterschrift (Ärztin/Arzt): _____