



Anfrage des behandelnden Arztes zur Übermittlung von Laborresultaten

Patient/-in

Frau Herr

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ärztin/Arzt

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): _____