

Anfrage des behandelnden Arztes zur Übermittlung von Laborresultaten

Patient:in

Frau Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Ärztin/Arzt

Name

Adresse

Tel. Nr.

E-Mail

Bemerkung

Der/die Unterzeichner/in bestätigt, als behandelnde Ärztin/behandelnder Arzt zur Kenntnis der Laborresultate der obengenannten Patientin/des obengenannten Patienten berechtigt zu sein.

Ort/Datum

Unterschrift Ärztin/Arzt