

ERMÄCHTIGUNG ZUR WEITERLEITUNG VON LABORDATEN UND ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN GEHEIMHALTUNGSPFLICHT

Der/die Unterzeichner/in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

ermächtigt das Institut für Labormedizin des Kantonsspitals Winterthur ihre/seine persönlichen Labordaten an folgende Ärztin/folgenden Arzt weiterzuleiten.

Ort / Datum

Unterschrift

Name

Institut

Adresse

Tel. Nr.

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