

Befund-Versand an Dritte



MEDIZINISCHES
LABOR
BREMEN

Bitte zurückfaxen an: 0421/2072-167

Patient (Name, Vorname): _____

Auftragsnummer Facharztlabor: _____ vom _____ Datum

Faxnummer

Empfängername

ggf. Grund der Übermittlung

(z. B. Weiterbehandlung/ Urlaubsvertretung etc.)

Das schriftliche Einverständnis des Patienten zur Weitergabe seines Befundes an die aufgeführten Empfänger liegt uns vor.

Ort, Datum

Unterschrift des Auftragserteilenden Arztes

Praxisstempel