

## Einwilligung zur Befundanforderung bei vorbehandelnden Ärztinnen / Ärzten

Sehr geehrte Mitarbeiter des Labors MVZmib,

**hiermit bitte ich**

Name der Patientin /des Patienten: \_\_\_\_\_

Vorname der Patientin /des Patienten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum der Patientin /des Patienten: \_\_\_\_\_

**um FREISCHALTUNG aller meiner Vorbefunde an meine derzeitig behandelnde Ärztin / Arzt.**

Meine derzeitig behandelnde Ärztin / behandelnder Arzt ist:

**Stempel der Arztpraxis bzw. Name und Adresse der Ärztin / Arzt**

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten