

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