

Einverständniserklärung zur Weitergabe der persönlichen Daten an weiterbehandelnde Ärztinnen oder Ärzte

Hiermit erkläre ich,

.....
(Name des Patient/ der Patientin),

mich mit der Weiterleitung meines Befundberichts mit pathologisch-anatomischer Diagnose, der von Optipath, MVZ für Pathologie bzw. Opticyt, Frankfurt am Main erstellt wurde an meine behandelnde Ärztin/Arzt, namentlich

..... einverstanden.
(Name der Ärztin/Arzt)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Patienten/ der Patientin

Bitte zurück per Fax an: 069-95 144 750