



Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie bitten uns um Übersendung des Histologieberichtes

unseres gemeinsamen Patienten.....Geb. Datum: .....

Bitte senden Sie uns gemäß DSGVO dazu folgende unterschriebene Einverständniserklärung  
des Patienten \_\_\_\_\_

umgehend zurück.

### Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich mit der Weitergabe meiner Untersuchungsberichte und ggf. meines  
Untersuchungsmaterials an den untenstehenden behandelnden Arzt einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Behandelnder Arzt: (Stempel, Unterschrift)

Rückfax bitte an: 030 – 82 00 7871

Zur internen Dokumentation:

Datum:

Unsere Eingangsnummer:

Mitarbeiterkürzel: