



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: