

Ermächtigung zur Weitergabe von patientenbezogenen Informationen an Dritte sowie Entbindung von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht

Die unterzeichnende Person

Name	Vorname	Geburtsdatum
Strasse, Nr.		
PLZ	Ort	

steht zurzeit bei folgender Gesundheitsfachperson in medizinischer Behandlung

Name	Vorname
Strasse, Nr.	Praxis
PLZ	Ort

Hiermit ermächtige ich die ANALYTICA MEDIZINISCHE LABORATORIEN AG meine patientenbezogenen Informationen an die genannte Gesundheitsfachperson weiterzugeben und entbinde die ANALYTICA MEDIZINISCHE LABORATORIEN AG gegenüber der genannten Gesundheitsfachperson von der ärztlichen Geheimhaltungspflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in