

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich, die MDI Limbach Berlin GmbH von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der unten genannten Praxis und erkläre mich damit einverstanden meine Laborbefunde per Fax/Tel. an folgenden Empfänger zu übermitteln:

Praxisstempel/Unterschrift
Fax-Nummer:
Tel.-Nummer:

\_\_\_\_\_  
Name Patient (Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in

Diese Entbindungserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

**BITTE ZURÜCK FAXEN AN  
Standort: Aroser Allee  
030 / 890645 - 80**