



Datenübermittlung

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Datenübermittlung an den Hausarzt/weiterbehandelnden Arzt/Psychotherapeut (§ 73 Abs. 1b SGB V); Schweigepflichtsentbindung

Hiermit bin ich mit der Übermittlung meiner Laborbefunde vom (ggf. konkretisieren)

- 1.)
- 2.)
- 3.)

an unten genannten Arzt/Psychotherapeuten einverstanden und entbinde das Medizinische Labor Ostsachsen MVZ GbR von der Schweigepflicht gegenüber unten genanntem Arzt/Psychotherapeuten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann¹.

Vertragsarztstempel / Unterschrift Arzt

Datum / Unterschrift (ggf. d. gesetzl. Vertreters)

¹ Den Widerruf richten Sie bitte an: Medizinisches Labor Ostsachsen MVZ GbR, Flinzstraße 1 in 02625 Bautzen.