

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



Datenübermittlung an den Hausarzt / weiter behandelnden Arzt / Psychotherapeuten (§ 73 Abs. 1b SGB V); Schweigepflichtsentbindung

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

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

an unten genannten Arzt / Psychotherapeuten einverstanden und entbinde die Medizinisches Labor Ostsachsen MVZ eGbR 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 kann.¹

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

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

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