

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/Psychotherapeuten

(§ 73 Abs. 1b SGB V); **Schweigepflichtsentbindung**

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

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

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

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann<sup>1</sup>.

Vertragsarztstempel / Unterschrift Arzt

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

Name bzw. Stempel des Arztes/Psychotherapeuten:

<sup>1</sup> Den Widerruf richten Sie bitte an: Medizinisches Labor Ostsachsen MVZ GbR, Flinzstraße 1, 02625 Bautzen.