

+49 (0)4845.79164.10  
**info@igl-labor.de**

Stand 15.03.2019

Norderweg 20  
Headquarter & Research  
centre

Dorfstraße 15  
Central Laboratory

D-25872 Wittbek

**Befundversand an Dritte**

Patient (Name, Vorname, Geb.-Datum): \_\_\_\_\_

Auftragsnummer Fachlabor: \_\_\_\_\_

Auftrag vom (Datum): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Empfängername

Adresse

Email

\_\_\_\_\_

Grund der Übermittlung:

(z.B. Urlaubsvertretung, Weiterbehandlung ect.)

\_\_\_\_\_

**Das schriftliche Einverständnis des Patienten zur Weitergabe seines Befundes an den / die o.g. aufgeführten Empfänger liegt uns vor.**

\_\_\_\_\_

-----

Ort, Datum

-----

Unterschrift des auftraggebenden Arztes

Arztstempel

---

---