FB EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG BEFUNDVERSENDUNG

Zentrum Medizinische Genetik Innsbruck

Direktor:
Univ.-Prof. DDr. med. Johannes Zschocke
Peter-Mayr-Str. 1, A-6020 Innsbruck

Tel: (+43) 512-9003-70531
Fax: (+43) 512-9003-73510
humgendiag@i-med.ac.at

Einverständnis zur Versendung von ärztlichen Briefen, Befunden und anderen medizinischen Dokumenten

○ Ich/Wir gestatte/n die Übermittlung des Arzt-/Beratungsbriefes und ggf. weiterer medizinischer Dokumente an folgende Personen:

Name	Ort

○ Ich bin/wir sind NICHT damit einverstanden, dass Arzt-/Beratungsbriefe an andere Personen versendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift beratende/r Ärztin/Arzt

Name und Unterschrift des/der Patienten/Ratsuchenden