

Medizinische Universität Innsbruck
Univ. Prof. Dr. Cornelia Lass-Flörl, Direktorin
BAKTERIOLOGIE
 A-6020 Innsbruck, Schöpfstrasse 41, 2. Stock
 Telefon: 0512/9003-70750, Fax: 0512/9003-73750
bakteriologie@i-med.ac.at - www.i-med.ac.at/hygiene



Probenannahme	
Montag-Freitag	08:00-17:00 Uhr
Samstag	08:00-11:00 Uhr
Sonn- und Feiertag	08:00-10:00 Uhr
Außerhalb der Probenannahmezeiten Probeneinwurf an Eingangstür möglich.	

Patient*innendaten	
Name:	
SVNR:	

Ich als oben genannte/r Patient*in bin damit einverstanden, dass

meine Laborbefunde vom _____ (Datum) bis zum _____ (Datum)

meine Laborbefunde mit der/n Auftragsnummer(n) _____

vom Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Medizinischen Universität Innsbruck (HMM) an den/die unten angeführte/n Empfänger*in weitergeleitet werden dürfen. **Die Weiterleitung erfolgt über die mit dem/der Empfänger*in vereinbarten Wege der Befundübermittlung.**

Falls eine **abweichende Übermittlung** (Postalischer Versand, ME-Nummer, SecureMail) gewünscht ist **oder der/die Empfänger*in nicht in unseren Stammdaten hinterlegt ist**, bitte den gewünschten Versandweg im Feld „Abweichende Übermittlung“ eintragen.

Vor- und Nachname des/der Empfänger*in bzw. Bezeichnung und Station der medizinischen Einrichtung:	
Station:	
Anschrift:	
<input type="checkbox"/> Abweichende Übermittlung _____	

Ort, Datum

Unterschrift Patient*in

<input type="checkbox"/>	Der/die Patient*in hat mich mit der Anfrage zur Befundweiterleitung beauftragt
Ich, _____, bestätige hiermit, dass der/die oben genannte Patient*in von mir behandelt wird und diese/r mich mit dieser Anfrage zur Befundweiterleitung beauftragt hat. Mir liegt eine ordnungsgemäße Einverständniserklärung vor.	
<input type="checkbox"/>	Der/die Patient*in ist NICHT in der Lage ist, sein/ihr Einverständnis zu geben
Ich, _____, erkläre als Behandelnde/r Ärzt*in, dass der/die oben genannte Patient*in aus körperlichen Gründen außer Stande ist, seine/ihre Einwilligung zu geben und eine Weiterleitung der Befunde an den/die oben genannte Empfänger*in zum Schutz lebenswichtiger Interessen der/des Patient*in erforderlich ist.	
_____ Ort, Datum	_____ Stempel/Unterschrift Behandelnde/r Ärzt*in