

## Erklärung über die Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Ich,

Herr / Frau

Geb. am

wohnhaft in

entbinde hiermit das MVZ Labor Limbach München

Name: MVZ Labor Limbach München  
Anschrift: Richard-Strauss-Straße 80-82, 81679 München  
Faxnummer: **089/999 2970 -69**

von seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Laborergebnisse (Blutentnahme im  
Zeitraum vom \_\_\_\_\_ ggf. Barcodenummer \_\_\_\_\_ ) an:

- die Praxis: \_\_\_\_\_
- das Krankenhaus: \_\_\_\_\_
- die Faxnummer: \_\_\_\_\_

übermittelt werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in