



 PATHOLOGIE BERLIN		
<b>Formblatt</b>	<b>Befund- Materialübermittlung</b>	<b>Version: 1 / 30.11.2021</b>

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie bitten uns um Übersendung des Histologieberichtes / Materials

unseres gemeinsamen Patienten.....Geb. Datum: .....

Bitte senden Sie uns gemäß DSGVO dazu folgende unterschriebene Einverständniserklärung des Patienten \_\_\_\_\_

umgehend zurück.

### **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich mit der Weitergabe meiner Untersuchungsberichte und ggf. meines Untersuchungsmaterials an den untenstehenden behandelnden Arzt einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten

Behandelnder Arzt: (Stempel, Unterschrift)

Rückfax bitte an: 030 – 82 00 7871

Zur internen Dokumentation:		
Datum:	Unsere Eingangsnummer:	Mitarbeiterkürzel: