



An
Technische Universität München
Institut für Medizinische Mikrobiologie,
Immunologie und Hygiene
Tel: 089-4140-4155
FAX: 089-4140-4933

Zum Zweck der Datenübermittlung vom Institut für Medizinische Mikrobiologie,
Immunologie und Hygiene an weiterbehandelnde Ärzte

Patient	
Name, Vorname: Geburtsdatum: Adresse:	
Arzt	
Name, Vorname: Klinikum / Arztpraxis: Adresse: Tel.: FAX:	
Angeforderte Befunde	
Material:	Abnahmedatum:

Einverständniserklärung Patient

Hiermit gebe ich bin damit einverstanden, dass das Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene der Technischen Universität München die mich betreffenden Befunde einmalig an oben genannten Arzt zum Zweck der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Hierfür entbinde ich die Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene von Ihrer Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift Patient

Identitätsprüfung Arzt

Der oben genannte Patient befindet sich bei mir in Behandlung. Ich habe seine Identität überprüft und bitte um die Übermittlung der im Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene vorliegenden Befunde.

per FAX

postalisch

Datum

Unterschrift Arzt

Hinweis: Die Übermittlung des Befundes per E-Mail ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht zulässig. Wir bitten um Ihr Verständnis.