



LABOR
Dr. Tiran

MEDIZINISCH
DIAGNOSTISCHES
LABOR

Einwilligungserklärung Zweitbefund

Ich _____

geboren am: _____

stimme zu, dass das Labor Dr. Tiran sämtliche Informationen aus meiner Patientendokumentation (wie z.B. persönliche Daten, die Diagnose, ermittelte Laborwerte, Therapieempfehlungen, ...) mittels Fax an folgende Ordination senden darf.

Stempel und
Faxnummer:

Datum

Unterschrift d. Patienten bzw. gesetzl. Vertreter

Univ.-Doz. Dr. **Andreas Tiran**
MEDIZINISCH DIAGNOSTISCHES LABOR

8700 Leoben, Roseggerstraße 19, Tel. 03842 - 46 6 80
8020 Graz, Neubaugasse 43/1, Tel. 0316 - 71 21 76 - 0

office@labor-tiran.at
www.labor-tiran.at