



Dr. Theurl
Dr. Philadelphy
labor**diagnostik**.tirol



Ich, _____, geb. _____

bin mit der Mailübertragung meiner medizinischen Befunde an
folgende Mailadresse einverstanden

Mailadresse in Blockbuchstaben

und mir dessen bewusst, dass damit meine persönlichen Daten an
alle Personen sichtbar gemacht werden, die über Einsicht in diese
Mailadresse verfügen.

Unterschrift, Datum

