


Medizinisch-diagnostisches Labor Dr. Philadelphy Horst		
VL	Befundübermittlung per FAX	

Sehr geehrte Damen und Herren.

Sie haben beim Labor Dr. Philadelphy um eine Befundübermittlung per Fax angesucht. Um den rechtlichen Bestimmungen des Gesundheitstelematikgesetzes und des Datenschutzgesetzes zu entsprechen, ersuchen wir Sie, dieses Formular vollständig ausgefüllt an uns zu übermitteln.

BEFUNDÜBERMITTLUNG PER FAX

Hiermit beauftrage ich das Labor Dr. Philadelphy zur Übermittlung des Befundes unserer/es Patientin/en und bestätige, dass ich von der Patientin bzw. vom Patienten das Einverständnis erhalten habe, ihren/seinen Befund anzufordern.

Patient:

Nachname: _____ Vorname: _____
 Geb.-Dat.: _____ Geschlecht: _____
 SV-Nr.: _____
 Befunddatum: _____

Angaben zum Anfordernden:

Titel: _____
 Nachname: _____ Vorname: _____
 Funktion: _____
 Fax-Nummer: _____
 Institution: _____
 Adresse _____
 Datum: _____

Unterschrift / Stempel: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

- das o.a. Faxgerät vor unbefugtem Zugang und Gebrauch geschützt ist,
- eine allfällige Änderung der Fax-Nummer umgehend bekannt geben wird,
- automatische Weiterleitungen deaktiviert sind,
- alle vom Faxgerät unterstützten Sicherheitsmaßnahmen genützt werden und
- allenfalls verfügbare Fernwartungsfunktionen nur für die vereinbarte Dauer der Fernwartung aktiviert sind.