

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

zum elektronischen Befundabruf unter www.labene.at

Ich,

Familienname:

Vorname:

Geb.am: Sozialvers.Nr:

Wohnhaft in:

Tel-Nummer:

bin damit einverstanden, dass meine Laborbefunde betreffend ZHB Labor GmbH, Hopfengasse 3, 4020 Linz, bis auf (jederzeit möglichen) Widerruf elektronisch unter <https://befunde.labene.at> zum Abruf bereit gestellt werden.

Diese Zustimmungserklärung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen werden.

Linz/Graz, am

.....

Unterschrift Patient(in)/Erziehungsberechtigte(r)