



**Einverständniserklärung des Patienten:**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass meine Untersuchungsergebnisse

vom: Datum \_\_\_\_\_

Material \_\_\_\_\_ Art der Untersuchung \_\_\_\_\_

aus dem Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene der Uniklinik Köln an  
meinen behandelnden **Arzt:**

**Name\***

**Adresse\***

**Telefon\***

**Fax\***

gefaxt werden dürfen.

Arztstempel

**Patientenangaben:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname\*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\*

\_\_\_\_\_  
Datum\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten\*

**\*Pflichtangaben!**

**Einverständniserklärung bitte ausgefüllt zurückfaxen an:**

**Institut für Medizinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene**

**Goldenefsstr. 19-21; 50935 Köln**

**Fax-Nr.: 0221/ 478-32134**

Hinweise zum Datenschutz der Uniklinik Köln finden Sie auf der Website: <https://www.uk-koeln.de/datenschutz>

Laborinterne Angaben:

Auftrags-/Labornummer: \_\_\_\_\_ Auftragsdatum: \_\_\_\_\_

gefaxt von: \_\_\_\_\_