

LifeCodexx AG
Line-Eid-Straße 3
78467 Konstanz

Faxnummer: +49 (0)7531 9769480

Sehr geehrte Damen und Herren,

um eine unzumutbare Verzögerung bei der Ergebnismitteilung der durchgeführten PraenaTest®-Analyse zu vermeiden, da die verantwortliche Ärztin/der verantwortliche Arzt gegenwärtig abwesend ist, erklärt sich folgende Patientin gemäß der 5. Mitteilung der GEKO zur Vertretungsregelung bei der Ergebnismitteilung vom 01.06.2011 ausdrücklich einverstanden, dass ihr Testergebnis der PraenaTest®-Analyse an mich als vertretende ärztliche Person übermittelt werden darf:

.....
Name, Vorname der Patientin

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)

.....
Titel, Name, Vorname der verantwortlichen Ärztin/des verantwortlichen Arztes

Bitte senden Sie daher das Testergebnis der PraenaTest®-Analyse per Fax an:

.....
Faxnummer der ärztlichen Vertretungspraxis

Gemäß der Vorgabe der [5. Mitteilung der GEKO](#) zur Vertretungsregelung bei der Ergebnismitteilung vom 01.06.2011 bestätige ich hiermit, dass ich über die entsprechenden Qualifikationen verfüge, um das Testergebnis mit der Patientin zu besprechen. Die Patientin erklärt sich mit der Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten an unsere ärztliche Praxis einverstanden.

.....
Ort / Datum

Unterschrift der vertretenden ärztlichen Person / Praxisstempel