

**FAX Befundanforderung: 0441 – 229 1525**



Medizinischer Campus  
Universität Oldenburg

**Universitätsklinik für Gynäkologie**

Klinikdirektor:

Prof. Dr. Dr. med. Rudy Leon De Wilde

Georgstraße 12 · 26121 Oldenburg

Ambulanz:

Telefon: 0441 229-1501

Telefax: 0441 229-1525

**Anfordernder Arzt:**

Praxis

Faxnummer für Befundversand

Telefonnummer für Rückfragen

**Patientendaten**

Name, Vorname

Geboren am

Straße Nr.

PLZ / Ort

Befund vom Aufenthalt am

**Gewünschte Befunde / Briefe**

Entlassungsbericht

Ambulanzbericht

**Einverständniserklärung zum Versand von Patientendaten**

Ich \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine anforderten Befunde / Briefe von der Universitätsklinik für Gynäkologie an den anfordernden Arzt gefaxt werden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in