

**FAX Befundanforderung: 0441 – 229 1525**



Medizinischer Campus  
Universität Oldenburg

**Anfordernder Arzt:**

Praxis

Faxnummer für Befundversand

Telefonnummer für Rückfragen

**Patientendaten**

Name, Vorname

Geboren am

Straße Nr.

PLZ / Ort

Befund vom Aufenthalt am

**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

**Gewünschte Befunde / Briefe**

- Entlassungsbericht
- Ambulanzbericht
- Sonstiges:

**Einverständniserklärung zum Versand von Patientendaten**

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

bin damit einverstanden, dass meine angeforderten 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