

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