

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
- OP-Bericht
- Histologie
- Sonstiges:

Einverständniserklärung zum Versand von Patientendaten

Ich _____
(Name, Vorname, Geburtsdatum)

bin damit einverstanden, dass meine angeforderten Befunde / Briefe von der Klinik für Hämatologie und Onkologie 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

Klinik für Hämatologie und Onkologie
Universitätsklinik für Innere Medizin -
Onkologie
Klinikdirektor:
Prof. Dr. med. Frank Griesinger
Georgstraße 12 · 26121 Oldenburg
Ambulanz:
Telefon: 0441 229-1619
Telefax: 0441 229-1641