

**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 Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie 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