

FAX Befundanforderung: 0441 – 229 1465



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 Thoraxchirurgie 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