

**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