FAX Befundanforderung: 0441 – 229 1465

Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie
Klinikdirektor: Dr. med. Andreas Cöster
Georgstraße 12 · 26121 Oldenburg
Ambulanz:
Telefon: 0441 229-1451
Telefax: 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 anforderten Befunde / Briefe von der Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie 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