



Befundübermittlung per Fax

Hiermit ersuche ich um Übermittlung der angeführten Befunde/Arztbriefes unseres/unserer gemeinsamen/e Patient/in und bestätige, dass ich von dem/der Patient/in bzw. deren gesetzlichen Vertretung/Sachwalter/in das Einverständnis erhalten habe, diese Informationen anzufordern.

Patient/in

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Befunddatum _____

Befund / Arztbrief _____

Anfordernde/r

Vorname _____ Nachname _____

Institution _____ Funktion _____

Fax Nummer _____

Adresse _____

Ort & Datum

Unterschrift & Stempel

