

Praxisstempel/Adresse anfragende Praxis/Einrichtung

Einverständniserklärung zur Übersendung von Befundberichten an mitbehandelnde Praxen/Einrichtungen

Die Patientin/der Patient

(Name, Geburtsdatum)

ist in unserer Behandlung.

Hiermit bitten wir um Übermittlung folgender Befundberichte (unzutreffendes bitte streichen):

Histologien

Arzbriefe

Laborbefunde

Bitte übersenden sie diese:

- postalisch an o.g. Adresse
- per Fax an o.g. Faxnummer
- an folgende Adresse/Fax-Nr.:

Die Patientin/der Patient erklärt sich mit u.g. Unterschrift einverstanden, dass die angeforderten Befunde zum Zwecke der Weiterbehandlung und Dokumentation übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/gesetzt. Vertreter