

Absender / Stempel



**UNIVERSITÄTS  
FREIBURG · BAD KROZINGEN  
HERZZENTRUM**

Faxnummer: 07633 402 2500

## Anfrage nach Behandlungsunterlagen

### PATIENTENDATEN:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr: \_\_\_\_\_

Wohnort/PLZ: \_\_\_\_\_

Behandlungszeitraum vom: ..... bis: .....

Folgende Kopien der Behandlungsunterlagen werden benötigt

Arztbrief

Operationsbericht Datum: .....

Katheterbericht

Sonstige .....

.....

.....

Bitte senden Sie die aufgeführten Behandlungsunterlagen an die Faxnummer: .....

Telefonnummer für Rückfragen: .....

Der o. g. Patient ist gegenwärtig bei uns in Behandlung und hat dieser Anfrage nach seinen Behandlungsunterlagen und dem Versand

per Fax

oder postalisch

zugestimmt.

.....  
Name anfordernde/r Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben

.....  
Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt

### Entbindung von der Schweigepflicht (wird von der Patientin/dem Patienten ausgefüllt)

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Daten an ..... übermittelt werden.

.....  
Datum Unterschrift Patient/in

.....  
Unterschrift mit Vetretervollmacht