

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