

ANFORDERUNG VON BEHANDLUNGSUNTERLAGEN

Patientenaufkleber bzw.
Name des Patienten,
Geburtsdatum und
Tag der Aufnahme/Behandlung

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt und unterschrieben per Fax **an Ihren Ansprechpartner in unserem Hause** (in sehr dringenden Fällen außerhalb der regulären Dienstzeiten nutzen Sie bitte die zentrale Faxnummer 07621/ 416-8110).

Folgende Kopien der Behandlungsunterlagen werden benötigt:

- Arztbrief Operationsbericht Labor
- Sonstiges
-

Bitte senden Sie die Behandlungsunterlagen an die Fax-Nr.: _____

Der o. g. Patient ist gegenwärtig bei uns in Behandlung und

- hat der Übermittlung der o.g. Unterlagen zugestimmt
 ist augenblicklich nicht einwilligungsfähig. Ich gehe von der mutmaßlichen Einwilligung aus.

Name anfordernde/r Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben

Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt

Entbindung von der Schweigepflicht (Vom der Patientin /dem Patienten auszufüllen)

Ich bin damit einverstanden, dass die oben genannten Daten an
übermittelt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit
mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Patient/in Vertreter mit Vertretervollmacht