

## Befundanforderung

*Patient/in*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Wir möchten Sie um die Übersendung folgender Befunde der/des o. g. Patientin/en aus dem Jahr  
\_\_\_\_\_ bitten:

Bitte Rückfax an: \_\_\_\_\_

Für Befundabfrage bitte ausgefüllte Anforderung per Fax an (03 40) 5 01-14 70 senden.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

*Einverständniserklärung des Patienten*

Mit der Übersendung meiner o. g. Behandlungsunterlagen an oben genannte Einrichtung bin ich einverstanden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Patientenunterschrift