



FB-IS 01 Befundübermittlung nach telefonischer Anfrage

Sehr geehrte Damen und Herren,

für die Weiterbehandlung unseres gemeinsamen Patienten

Name..... Geb. Datum:

bitten wir Sie um Übersendung des Befundes.

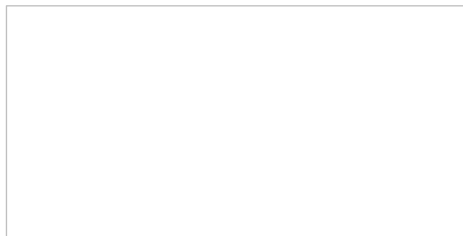
Die Zustimmung des Patienten zur Befundweitergabe liegt vor:

☐ JA ☐ NEIN

Selbstverständlich halten wir die Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen ein und versichern außerdem, dass unser Faxgerät für den Empfang des Befundes an einer, vor unbefugter Einsichtnahme, geschützten Stelle steht.

Faxnummer:

Behandelnder Arzt:



Praxis-/Klinik-Stempel

Datum, Unterschrift

Rückfax bitte an: **0951/503-13209** oder **0951/503-13219**

Zur internen Dokumentation:

Gefaxt:

Datum: _____ Eingangsnummer: _____ Mitarbeiterkürzel: _____

Zurück erhalten:

Datum: _____ Mitarbeiterkürzel: _____