

Formular

Befundanforderung

Nummer: FO-17026 Gültig ab: Gültig ab

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

 Anforderung von Patientenunterlagen

Liebes Praxisteam,

wir bitten um die Zusendung der Befunde: _____ der o.g. Patientin /
des
o.g. Patienten und danken im Voraus für die prompte Erledigung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam
Endokrinologikum Hannover

 Einverständnis

Hiermit gebe ich mein Einverständnis Vorbefunde aus meiner Krankenakte an das

ENDOKRINOLOGIKUM Hannover
Zentrum für Hormon- und Stoffwechselerkrankungen
Rundestr. 10, 30161 Hannover
Telefon: 0511-215558-2000
Telefax: 0511-215558-2119
E-Mail: hannover@endokrinologikum.com

zu übersenden, bzw. Sie von der Schweigepflicht zu entbinden.

Mit der Überlassung meiner o.g. Unterlagen bin ich einverstanden.

***Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft
widerrufen kann.***

Ort, Datum_____
Unterschrift Patient/in