

Fax-Befundanfrage

- | | |
|---|--|
| ☐ Allgemein- und Viszeralchirurgie
Fax: +49 (0)89 1797-2306 | ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie
Fax +49 (0)89 1797-2505 |
| ☐ Anästhesiologie und Intensivmedizin
Fax: +49 (0)89 1797-2215 | ☐ Palliativmedizin
Fax +49 (0)89 1797-2908 |
| ☐ Innere Medizin I – Gastroenterologie
Fax +49 (0)89 1797-2420 | ☐ Diagnostische und interventionelle Radiologie
Fax +49 (0)89 1797-2830 |
| ☐ Innere Medizin II – Kardiologie
Fax +49 (0)89 1797-3702 | ☐ Urologie
Fax +49 (0)89 1797-2623 |
| ☐ Geriatrie
Fax +49 (0)89 1797-3802 | ☐ Gefäßchirurgie
Fax +49 (0)89 1795-2803 |
| ☐ MVZ-Radiologie
Fax +49 (0)89 1797-3211 | |

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Die Behandlung im Krankenhaus Barmherzige Brüder München erfolgte

☐ ambulant ☐ stationär

Behandlungszeitraum: _____

Bitte senden Sie folgende Befunde:

- | | |
|--|---|
| ☐ Arztbrief vom _____ | ☐ Histologie vom _____ |
| ☐ Laborbefund vom _____ | ☐ Sonstiges _____ |
| ☐ Bildanforderung (CT-MRT-Rö) vom _____ | |

per Fax an _____

Hiermit versichere ich, dass sich der o.g. Patient gegenwärtig in meiner Behandlung befindet

Name anfordernde/r Ärztin/Arzt

(Stempel Klinik /Praxis)

Datum, Unterschrift

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich das Krankenhaus Barmherzige Brüder München von seiner Schweigepflicht. Ich bin mit der Übersendung der genannten Unterlagen an o. g. Ärztin/Arzt einverstanden.

Datum

Unterschrift Patient/in od. gesetzl. Vertreter/in