



Fax-Befundanfrage

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemein- und Viszeralchirurgie
Fax: 49 (0)89 1797-2306 | <input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie
Fax +49 (0)89 1797-2530 |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie und Intensivmedizin
Fax: 49 (0)89 1797-2215 | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin
Fax +49 (0)89 1797-2908 |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin I – Gastroenterologie
Fax +49 (0)89 1797-2420 | <input type="checkbox"/> Diagnostische und interventionelle Radiologie
Fax +49 (0)89 1797-2830 |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin II – Kardiologie
Fax +49 (0)89 1797-3702 | <input type="checkbox"/> Urologie
Fax +49 (0)89 1797-2623 |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie
Fax +49 (0)89 1797-3802 | |

Patientendaten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Die Behandlung im Krankenhaus Barmherzige Brüder München erfolgte

ambulant stationär

Behandlungszeitraum: _____

Bitte senden Sie folgende Befunde:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Arztbrief vom _____ | <input type="checkbox"/> Histologie vom _____ |
| <input type="checkbox"/> Laborbefund vom _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Bildanforderung (CT-MRT-Rö) vom _____ | |

per Fax an _____

per Post 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