



### Fax-Befundanfrage

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemein- und Viszeralchirurgie<br><b>Fax: 49 (0)89 1797-905051</b>   | <input type="checkbox"/> Orthopädie und Unfallchirurgie<br><b>Fax +49 (0)89 1797-2530</b>                |
| <input type="checkbox"/> Anästhesiologie und Intensivmedizin<br><b>Fax: 49 (0)89 1797-2215</b>  | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin<br><b>Fax +49 (0)89 1797-2908</b>                              |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin I – Gastroenterologie<br><b>Fax +49 (0)89 1797-2420</b> | <input type="checkbox"/> Diagnostische und interventionelle Radiologie<br><b>Fax +49 (0)89 1797-2830</b> |
| <input type="checkbox"/> Innere Medizin II – Kardiologie<br><b>Fax +49 (0)89 1797-3702</b>      | <input type="checkbox"/> Urologie<br><b>Fax +49 (0)89 1797-2623</b>                                      |

#### 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 _____      |

per Fax an \_\_\_\_\_

per Post an \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Name anfordernder Arzt/Ärztin

\_\_\_\_\_  
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