



Fax-Befundanfrage an die Hautklinik (Dokument für Niedergelassene)

An
Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Ambulanz
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstr. 55
45147 Essen

FAX: 0201 723-5844

Hiermit bitte ich Sie, mir den folgenden Befund (ggf. mit Vermerk des letzten Aufenthalts, ohne Vermerk wird der aktuellste Befund angenommen)

Arztbrief (vom/aus _____)

Histologie (vom/aus _____)

Laborbefund (vom/aus _____)

Sonstiges: _____

des Patienten/ der Patientin

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

an folgende Adresse bzw. Faxnummer per Post per Fax

Praxisstempel

zukommen zu lassen. Für Rückfragen können Sie mich unter
oben genannter Telefonnummer erreichen.
folgender Telefonnummer erreichen: _____

Datenschutzerklärung:

Hiermit versichere ich, dass sich der o. g. Patient in meiner Behandlung befindet und sich mit der Übermittlung der angeforderten Daten einverstanden erklärt.

Name

Datum, Unterschrift