

per Fax an:
0761 203-6603

Institut für Virologie

Telefon: 0761 203-6567
Telefax: 0761 203-6603
immh.diagnostik.virologie@uniklinik-
freiburg.de

Universitätsklinikum Freiburg
Department für Medizinische Mikrobiologie
Institut für Virologie
Hermann-Herder-Str.11

79104 Freiburg

Anfrage nach Behandlungsunterlagen durch behandelnde/n Ärztin/Arzt

Patientendaten

Name*: _____ Vorname*: _____
Geburtsname: _____ Geburtsdatum*: _____
Telefon: _____ Straße: _____
PLZ, Ort*: _____ * Pflichtangaben

Die Behandlung im Universitätsklinikum Freiburg erfolgte

ambulant stationär

Name der Klinik/Station/Ambulanz: _____

Behandlungszeitraum: _____

Folgende Kopien der Behandlungsunterlagen werden benötigt

Virologiebefunde

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Bitte senden Sie die aufgeführten Behandlungsunterlagen an die folgende Faxnummer. Wir stellen sicher, dass auf das Faxgerät nur berechtigte und im Datenschutz unterwiesene Personen zugreifen können:

Telefax: _____

Der o. g. Patient ist gegenwärtig bei uns in Behandlung und hat dieser Anfrage nach seinen Behandlungsunterlagen zugestimmt.

Name anfordernde/r Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben _____ Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt _____ Ansprechpartner/in, wenn abweichend _____

Entbindung von der Schweigepflicht (Wird von der Patientin / dem Patienten ausgefüllt!)

Hiermit entbinde ich das Universitätsklinikum Freiburg von seiner Schweigepflicht.
Ich bin mit der Übersendung der genannten Unterlagen an o. g. Ärztin/Arzt einverstanden.

Datum _____

X

Unterschrift Patient/in _____

Ich handle als Vertreter/in
mit Vertretungsmacht /
gesetzl. Vertreter/in /
Betreuer/in

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben) _____

X

Unterschrift Vertreter/in _____

