Formular drucken | Dieses Formular ist am Bildschirm ausfüllbar | Formular zurücksetzen

Patient*innendaten

Name:

Adresse:

Klinik / Station / Praxis

UNIVERSITÄTS KLINIKUM FREIBURG

Institut für Klinische Pathologie

79002 Freiburg, Postfach 214
Direktor: Prof. Dr. med. Dr. h.c. M. Werner
Telefon: 0761 270-81190
oder 0761 270-81200
Telefax: 0761 270-81930

DAkkS Deutsche Akkreditierungsstelle D-IS-13134-02-00

Anforderungsschein

Versand von Untersuchungsmaterial

- im Auftrag des Patienten oder der gesetzlichen Vertretung[1]-

Journalnummer/Jahr: _____

Genaue Bezeichnung des Untersuchungsmaterials: _____

Material stammt von folgendem Eingriff: _____

Datum des Eingriffs: _____

Falls externe Untersuchung gewünscht ist, genaue Bezeichnung angeben[2]

_____

_____

Versand an folgende Adresse

Name : _____ Adresse: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

Kostenträger (für Materialvorbereitung/-verpackung und Versand)[3]

Name: _____ Adresse: _____

E-Mail: _____ Telefon: _____

_____ ✕ _____

Datum — Unterschrift Patient*in (bei minderjährigen Patienten: des oder der Sorgeberechtigten)

Ich handle als Vertreter*in mit Vertretungsmacht _____ ✕ _____

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben) — Unterschrift Vertreter*in

Journal-Nr.:

[1] Entsprechende **Vollmacht** mit Verweis auf **ausweisbare Vertretung muss** vorliegen.
[2] Notwendig für die optimale Vorbereitung des Untersuchungsmaterials, geeignete Verpackung und Versandart. Ggf. sind noch Informationen des externen Untersuchers beizufügen.
[3] Vorlage einer unterschriebenen Kostenübernahme notwendig, falls nicht identisch mit unterzeichnendem Patienten oder gesetzlicher Vertretung.

60142893 ForManFR / 21.11.2022

Formular drucken | Formular zurücksetzen