

Absender (Name / Adresse)



Institut für Klinische Pathologie

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



Telefon-Nummer: _____
(bei Rückfragen)

Befundanforderung (Anforderungsschein Befundbericht)

Patient*innendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Unsere J-Nr. (Journal-Nummer / sofern bekannt)

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannte*r Patient*in befindet sich derzeit in meiner Behandlung. Ich bitte deshalb um Zusendung einer Kopie des Befundberichtes an die folgende **Fax-Nummer**:

Fax-Nummer

Datum

ärztliche Unterschrift und Stempel

Bitte beachten Sie, dass aufgrund der Grundsätze und Prinzipien der DSGVO und der Qualitätssicherung Befundandorderungen bei unvollständigen Angaben (bspw. Stempel / Name und Adresse des Absenders, Unterschrift) nicht bearbeitet werden können!