

## Befundanfrage

<h1>Befundanfrage</h1>	 <p><b>Medizinische Hochschule Hannover</b>        Institut für Pathologie /OE 5110        Zentrum für Pathologie, Forensik und Genetik        Prof. Dr. med. H. H. Kreipe        Telefon: 0511 532- 4500        Fax: 0511 532- 5799        Carl-Neuberg-Straße 1, 30625 Hannover</p>
------------------------	---

**Patient/in**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Zustimmung des Patienten/in zur Befundweitergabe liegt vor: JA**  **NEIN**

Form der Befundübermittlung:

Telefonische Rücksprache unter folgender Rufnummer: \_\_\_\_\_

Übermittlung unter folgender FAX Nummer: \_\_\_\_\_

**Welcher Befund, oder Befundzeitraum soll übermittelt werden?**

Nur der aktuelle Befund.

Nur folgende Befundnummer und deren Nachberichte.  \_\_\_\_\_

Nur die Befunde aus einem bestimmten Jahr?  Welches Jahr? \_\_\_\_\_

Alle verfügbaren Befunde.

Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Praxisstempel \_\_\_\_\_

**Rücksendung an: 0511 532 5799**