

**Befundanfrage**

<h1>Befundanfrage</h1>	 <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
------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Patient/in</b> Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
------------------------------------------------------------------------

<b>Zustimmung des Patienten/in zur Befundweitergabe liegt vor:</b> <b>JA</b> <input type="checkbox"/> <b>NEIN</b> <input type="checkbox"/>
Form der Befundübermittlung: Telefonische Rücksprache unter folgender Rufnummer: _____ Übermittlung unter folgender FAX Nummer: _____

<b>Welcher Befund, oder Befundzeitraum soll übermittelt werden?</b>
Nur der aktuelle Befund. <input type="checkbox"/>
Nur folgende Befundnummer und deren Nachberichte. <input type="checkbox"/> _____
Nur die Befunde aus einem bestimmten Jahr? <input type="checkbox"/> Welches Jahr? _____
Alle verfügbaren Befunde. <input type="checkbox"/>

Unterschrift _____	Datum _____	Praxisstempel _____
--------------------	-------------	---------------------

**Rücksendung an: 0511 532 5799**