

| | | |
|------------|--------------------------------|--------------------|
| MHH | Institut für Pathologie | Formular |
| | Befundanfrage | Seite 1 / 1 |
| | | |

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