



Anforderung eines Befundberichts per Fax

**Patientendaten**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Untersuchung, Datum (z.B. Röntgen Lunge, 1.4.2018):

Ich möchte, daß mein Befundbericht an folgenden Arzt per Fax versandt wird:

Name des Arztes:

Fachrichtung:

Ort der Praxis:

Fax-Nr. der Praxis:

Telefon-Nr. der Praxis:

Ort, Datum

Unterschrift Patient