

Befundanforderung

Bitte faxen Sie dieses Formular an die folgende Faxnummer: 01 87844 4215.

Von anfordernder Stelle auszufüllen(leserlich):

Patientendaten

Nachname		Vorname	
----------	--	---------	--

Geburtsdatum	SV-Nummer	GKK	Anmerkung
--------------	-----------	-----	-----------

Ich ersuche darum, mir folgende Unterlagen der/des o.g. Patient/in per Fax zukommen zu lassen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der/die o.g. Patient/in bei mir in Behandlung ist.

Übermittlung von *)

<input type="checkbox"/> Befunden	_____
<input type="checkbox"/> Patientenbrief	_____ (Aufenthalt von-bis)
<input type="checkbox"/> Gesamte KG	_____ (Aufenthalt von-bis)
<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____

Übermittlung an

Arzt/Ordination		Adresse	
Fax-Nummer	Telefonnummer	Unterschrift Arzt	Ort, Datum

Im SJK auszufüllen (leserlich):

Name in Blockbuchstaben (Freigabe im SJK)	Unterschrift (Freigabe im SJK)	Ort, Datum
--	-----------------------------------	------------

*) genaue Definition erforderlich