Sehr geehrter Kollege / Sehr geehrte Kollegin !

Sie haben telefonisch Kontakt aufgenommen und baten um Übersendung von

* Befundberichten/
* Übersendung von Präparaten

 Bitte füllen Sie das vorbereitete Formular aus und senden Sie es zur angegebenen Fax-Nr. zurück. Um die Rückverfolgbarkeit unserer Befunde zu gewährleisten, benötigen wir Ihre Unterschrift und Ihren Stempel als Legitimation. Vielen Dank !

....................................................................................................................................................

GesundheitsZentrum Brandenburg GmbH

MVZ – Hochstr.

Hochstr. 29

14770 Brandenburg

Faxnr.: 03381 / 412509

 , den

# Befundanforderung/Präparateanforderung

Der (Die) Patient (in) , geb. am

befindet sich derzeit in meiner (stationären) Behandlung.

Dabei wurde bekannt, dass im Institut für Pathologie, MVZ – Hochstraße, GesundheitsZentrum Brandenburg GmbH Gewebeproben untersucht wurden.

Da uns die Ergebnisse Ihrer Untersuchungen bisher nicht vorliegen, aber für die Planung der Weiterbehandlung wichtig sein können,

bitten wir um Übersendung der Befunde per Fax unter der Nr.:

bzw. bei Präparateanforderung an folgender Adresse:

Hiermit wird versichert, dass sich das Faxgerät in einem klinikeigenen geschlossenen Bereich befindet, zu dem ausschließlich der Vertraulichkeit verpflichtetes Personal Zutritt hat.

Der o. g. Patient ist über die Befundanforderung informiert und damit einverstanden.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift) (Stempel)