



Befundanforderung

An: Praxis / Klinik _____

Patient/in:

Name _____

Geb.-Datum _____

Der/die oben genannte Patient/in befindet sich derzeit in unserer ambulanten Behandlung.
Zur Mit- bzw. Weiterbehandlung benötigen wir bitte folgende Unterlagen:

- Arztberichte / Befundberichte
- Radiologische Befunde
- Laborwerte
- Medikamentenplan / verordnete Medikamente
- Sonstiges _____

Zeitraum _____

Bitte übersenden Sie die Unterlagen auf sicherem Übermittlungsweg (z. B. KIM oder postalisch).

Datum _____

Stempel / Unterschrift Behandler

Einverständniserklärung des Patienten

Ich willige ein, dass die oben benannte Praxis / Klinik die angeforderten medizinischen Unterlagen an die anfordernde Praxis übermittelt.

Ich entbinde die oben benannte Praxis / Klinik insoweit gemäß § 203 StGB von der ärztlichen Schweigepflicht, wie dies zur Übersendung der angeforderten Unterlagen erforderlich ist.

Ich erteile diese Einwilligung freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum _____

Unterschrift Patient/in _____