

## Befundanforderung

Patient/in

\_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_  
Vorname , Nachname

\_\_\_\_\_  
Straße , Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl , Wohnort

Wir möchten Sie um die Übersendung folgender Befunde der/des o. g.  
Patientin/en aus dem Jahr ..... bitten:  
Bitte Rückfax an:

**Für Befundabfrage bitte ausgefüllte Anforderung per Fax an 0351 480-3289 bzw. 3293 senden.**

Mit freundlichen Grüßen

Patient(in) mit der Übersendung  
Der Unterlagen einverstanden:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes

-----  
Unterschrift Patient