

Anforderung von Befunden



Telefon Pathologie
 09721/720-3532
Telefax 09721/720-2996

**PER FAX AN DIE PATHOLOGIE LEOPOLDINA Krankenhaus Schweinfurt GmbH:
09721-720-2996**

Name, Vorname: _____

geboren am: _____

Behandelnde/r Ärztin/Arzt (lesbar!); Tel.: _____

Institution mit Faxnummer (Stempel):

Hiermit fordere ich Befunde der Pathologie Leopoldina Krankenhaus zu folgender
Erkrankung an:

Datum, Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt: _____

Datum, Schriftliche Einwilligung des Patienten/ der Patientin*: _____

*ENTFÄLLT BEI NOTFALL. Liegt ein lebensbedrohlicher NOTFALL vor ? JA / NEIN

Wenn der Patient/die Patientin den Befund selbst anfordert, dann Übermittlung nur an den
hier benannten Arzt/Hausarzt:
