

# 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:

\_\_\_\_\_