

Befundabfrage an die

Poliklinik der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Universitätsmedizin Göttingen
Robert-Koch-Straße 40

37075 Göttingen

Direktor: Univ.-Prof. Dr. M. P. Schön
Oberärztliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. J. Frank

Kontakt Poliklinik:

Tel.: 0551-39-13796
Fax: 0551-39-68764

Wir bitten um Übersendung der unten genannten Befunde.

Hier bitte Praxisstempel →

Patientendaten:

Name / Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Versendung:

per Fax Fax-Nummer _____

per Post

Arztbrief vom:

Laborbefund vom:

Histologiebefund vom:

Sonstiges:

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Erklärung:

Ich erkläre hiermit, dass ich die o.g. Patientin/ den o.g. Patienten zum Anfragezeitpunkt ärztlich betreue, eine Schweigepflichtentbindung gegenüber der UMG kann ich jederzeit auf Nachfrage vorlegen.

Name (Arzt/Ärztin):

Datum:

Unterschrift: