

## 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/ PD Dr. Undine Lippert

Kontakt Poliklinik:

Tel.: 0551-39-68040  
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: