

## 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: 0551-39-22047

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 ärztlich betreue.

Name (Arzt/Ärztin):

Datum:

Unterschrift: