

PATH Befundanforderung

Geltungsbereich: **Pathologie**

Dokumententyp: Formular

Ortenau Klinikum Lahr
Institut und Praxis für Pathologie
Herrn Professor Dr. med. Lothar Tietze
Altvaterstraße 5/1
77933 Lahr

E-Mail: pathologiebefunde.lah@ortenau-Klinikum.de
Telefon/Fax: 07821-93 2752 / 07821-93 2065

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Behandlung unseres Patienten/unserer Patientin

_____ geboren am _____

benötigen wir die Befunde, der bei Ihnen durchgeführten Untersuchung vom _____
bzw. folgender bei Ihnen durchgeführten Untersuchungen der stationären Aufenthalte / ambulanten
Behandlungen vom (Datum/Klinik):

-
-
-
-
-

Wir sind uns darüber bewusst, dass aus datenschutztechnischen Gründen die Unterlagen nur zu Behandlungszwecken genutzt werden dürfen. Es handelt sich um streng vertrauliche persönliche Patientendaten, die dem Datenschutz unterliegen und in unserem Hause datenschutzkonform behandelt werden. Eine entsprechende Schweigepflichtentbindung liegt uns vor. Bitte senden Sie uns die gewünschten Unterlagen an

Abteilung: _____

Ansprechpartner: _____

Faxnummer: _____

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte direkt an den Ansprechpartner unter der

Telefonnummer: _____

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift/Stempel)