

An das
Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie (ZOU)
Universitätsmedizin Mainz
Tel.: 06131 17-2748 Fax: 06131 17-472748
Tel.: 06131 17-6703 / 02 Fax: 06131 17-3493

Direktor Orthopädie
Univ.-Prof. Dr. med. Philipp Drees

Direktor Unfallchirurgie
Univ.-Prof. Dr. med. Erol Gercek

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Anforderung Befundberichte / OP-Berichte

PATIENTENDATEN

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Befundberichte / OP-Berichte im Zeitraum von: _____

Ich beauftrage Sie hiermit, **dass meine Unterlagen an folgenden Arzt / Praxis / Krankenhaus per FAX** versendet werden dürfen:

DATEN DES ARZTES / PRAXIS / KRANKENHAUSES

1. Name des Arztes / Krankenhauses: _____

2. Fachrichtung: _____

3. Fax-Nummer der Praxis/ des Krankenhauses: _____

4. Telefonnummer der Praxis / des Krankenhauses: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Patienten: X _____