

## Befundanforderung

Wir bitten um Zusendung der vorhandenen Befunde des/der Patienten/in, der/die sich in Ihrer ambulanten oder stationären Behandlung befand.

**Patient:** \_\_\_\_\_

**geb.:** \_\_\_\_\_

### **Schweigepflichtsentbindung:**

Hiermit entbinde ich die Praxis/das Klinikum:

---

Von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber dem **Universitätsklinikum Erlangen, Neuroradiologischen Institut.**

**Mit der Übersendung der Unterlagen bin ich einverstanden.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des/der o.g. Patienten/in  
bzw. gesetzl. Vertreter