

Befundanforderung

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

Patient: _____

geb.: _____

Schweigepflichtentbindung:

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