

per eMail an:
medbefunde-2.med.si@glkn.de

Absender / Praxisstempel



II. Medizinische Klinik am
Hegau-Bodensee-Klinikum Singen
Virchowstr. 10, 78224 Singen

Anfrage nach Behandlungsunterlagen durch behandelnde/n Ärztin/Arzt

Patientendaten

Name*: _____ Vorname*: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum*: _____

Telefon: _____ Straße: _____

PLZ, Ort*: _____ * Pflichtangaben

Die Behandlung in der Med. Klinik Singen erfolgte

ambulant stationär

Behandlungszeitraum: _____

Folgende Kopien der Behandlungsunterlagen werden benötigt

Arztbrief

Telefonnummer für Rückfragen _____

Wir stellen sicher, dass auf das Faxgerät nur berechtigte und im Datenschutz unterwiesene Personen zugreifen können. Bitte senden Sie die aufgeführten Behandlungsunterlagen an die folgende Faxnummer.

Faxnummer: _____

Der o.g. Patient ist gegenwärtig bei uns in Behandlung und hat dieser Anfrage nach seinen Behandlungsunterlagen zugestimmt.

Name anfordernde/r Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt Ansprechpartner, wenn abweichend

Entbindung von der Schweigepflicht (Wird von der Patientin/ dem Patienten ausgefüllt!)

Hiermit entbinde ich die II. Medizinische Klinik Singen von ihrer Schweigepflicht.
Ich bin mit der Übersendung der genannten Unterlagen an den o.a. Ärztin/ Arzt einverstanden.

_____ **X** _____

Datum: _____ Unterschrift

Ich handle als Vertreter/in mit Vertretungsvollmacht/ gesetzl. Vertreter/Betreuer

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben) _____ Unterschrift Vertreter/in **X** _____