

Befundanforderung

Version 8

An:

 Fax-Nr.: _____



Bitte um Zusendung von Krankendokumenten

Sehr geehrte Kollegen,

bezüglich des o.g., momentan in unserer Behandlung befindlichen Patienten bitten wir Sie um Zusendung von Kopien (bzw. leihweise Originale) nachfolgend aufgeführter Krankenunterlagen:

Wir danken für Ihr Entgegenkommen und die Zusendung der genannten Unterlagen.

Mit freundlichen Grüßen

Stempel/Unterschrift d. behandelnden Arztes _____

Unterlagen bitte faxen/schicken an:

z.Hd.: _____

Alle Befunde nach 15:30 Uhr an die ZNA

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anästhesie / Intensivmedizin Tel-Nr. 03623/350-101 Fax-Nr. 03623/350-600 KIM: intensivmedizin.kwf@srh.kim.telematik | <input type="checkbox"/> Gynäkologie / Geburtshilfe Tel-Nr. 03623/350-201 Fax-Nr. 03623/350-610 KIM: frauenheilkunde.kwf@srh.kim.telematik |
| <input type="checkbox"/> Allgemein- und Visceralchirurgie Tel-Nr. 03623/350-151 Fax-Nr. 03623/350-605 KIM: chirurgie.kwf@srh.kim.telematik | <input type="checkbox"/> Ambulanz ACH/GYN Tel-Nr. 03623/350-360 Fax-Nr. 03623/350-612 KIM: chirurgie.kwf@srh.kim.telematik |
| <input type="checkbox"/> Orthopädie / Unfallchirurgie Tel-Nr. 03623/350-181 Fax-Nr. 03623/350-608 KIM: orthopaedie.kwf@srh.kim.telematik | <input type="checkbox"/> Innere Medizin I Tel-Nr. 03623/350-251 Fax-Nr. 03623/350-615 KIM: inneremedizin1.kwf@srh.kim.telematik |
| <input type="checkbox"/> ZNA Tel-Nr. 03623/350-130 Fax-Nr. 03623/350-595 | <input type="checkbox"/> Innere Medizin II Tel-Nr. 03623/350-301 / 306 Fax-Nr. 03623/350-620 KIM: inneremedizin2.kwf@srh.kim.telematik |

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch zur Verfügung.

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht:

Für eine wirkungsvolle Therapie und zur Vermeidung von unnötigen Doppeluntersuchungen bei meiner derzeit bestehenden Erkrankung, werden noch einige zusätzliche, bereits erhobene Befunde benötigt. Hiermit entbinde ich deshalb die betreffenden Ärzte von ihrer ärztlichen Schweigepflicht bezüglich der angeforderten Krankenunterlagen.

Ich wurde darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/ Patientin

NEXUS / CURATOR - Dok.-Nr. 38467 | V. 8 vom 22.08.2025 | S. 1 / 1