

Befundanforderung

Patient/in

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

o.g. Patientin/Patient befand sich in Ihrer ambulanten / stationären Behandlung.

Bitte senden Sie mir einen kurzen Befundbericht und eine Kopie der von Ihnen erhobenen Befunde zu.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Arztstempel, Unterschrift

Einverständniserklärung zur Befundanforderung

Ich bin mit der Übersendung der Unterlagen meines Kindes (siehe oben) an die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik einverstanden.

Datum

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten