



## Befundanforderung

Bei welchem Hausarzt waren Sie zuletzt in Behandlung? : \_\_\_\_\_

Sollen wir die Befunde von diesem Arzt anfordern?

Wenn ja, tragen Sie bitte hier die Adresse und Telefonnummer des Arztes ein:

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Bei Befundanforderung bitte **unbedingt** ausfüllen.

Hiermit bestätige ich die gewünschte Befundanforderung bei dem oben genannten Arzt.

Ich bitte Sie meine Befunde an die Hausarztpraxis im Leinetal weiter zu leiten.

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Patienten. \_\_\_\_\_