

Stempel

Befundübermittlung an Vertretungsarzt

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank für Ihre Einsendung. Aufgrund des deutschen Gendiagnostikgesetzes können wir Ihrer Bitte, die Befunde anderweitig zu senden leider nicht entsprechen. Wir übermitteln ihnen im Anhang das Formular „Befundübermittlung an Vertretungsarzt“. Dieses ist für die Befundübermittlung an eine(n) Kolleg(in) vorgesehen, welche(r) die Zusatzqualifikation zur fachgebundenen humangenetischen Beratung besitzt.

Patientin: _____

Auftragsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an

Fax: 07071 565 44 23

Zentrum für Humangenetik Tübingen | Paul-Ehrlich-Str. 23 | D-72076 Tübingen

Stempel

Befundübermittlung an Vertretungsarzt

Informationen zum einsendenden Arzt

Anrede / Titel: _____

Praxis / Gemeinschaftspraxis: _____

Facharzt / Fachärzte für: _____

Straße + Nr: _____

PLZ + Ort: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Praxisstempel, wenn möglich

Informationen zum Vertretungsarzt

Anrede / Titel: _____

Praxis / Gemeinschaftspraxis: _____

Facharzt / Fachärzte für: _____

Straße + Nr: _____

PLZ + Ort: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Praxisstempel, wenn möglich

Hiermit bestätige ich, dass eine Kopie des Befundberichts an die von mir angegebene Vertretungspraxis gesandt werden soll.

Name der Patientin (in Druckbuchstaben)

Geburtsdatum der Patientin (TT/MM/JJJJ)

Unterschrift der Patientin

Ggf. Unterschrift des einsendenden Arztes

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an

Fax: 07071 565 44 23