



**Pathologisches Institut  
der Universität Würzburg**

Direktor: Prof. Dr. A. Rosenwald  
Josef-Schneider-Straße 2, 97080 Würzburg  
Telefon: 0931 31-81241 Fax: 0931 31-812410  
E-Mail: biopsie.path@uni-wuerzburg.de

**Faxanforderung Befundkopie**

Name Patient: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Eingangsnummer (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie soeben telefonisch besprochen, fordern wir hiermit o.g. Befund an.

Wir versichern die Dringlichkeit der Befundübermittlung zur Behandlung des betroffenen Patienten und die Zustimmung des Patienten.

Selbstverständlich halten wir die Datenschutz- und Schweigepflichtbestimmungen ein und versichern außerdem, dass unser Faxgerät für den Empfang des Befundes an einer vor unbefugter Einsichtnahme geschützten Stelle steht.

Faxnummer: \_\_\_\_\_



Praxis-/Klinik-Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift