

Befundanforderungsformular

Fax: 0316/385 79648

Email: hyg-kanzlei@medunigraz.at

Datum: _____

Hiermit wird um die Übermittlung des Befundes für folgenden Patienten / folgende Patientin gebeten:

Name:	
Geb.-Datum:	
Sozialversicherungsnummer:	
Befund: (z.B. Labornummer, Befunddatum, Abnahmedatum der Probe, Probenart, Untersuchungsauftrag,...)	
<input type="checkbox"/> Hiermit wird bestätigt, dass der Patient / die Patientin das Einverständnis erteilt hat, dass der Befund an die anfordernde Stelle übermittelt werden darf.	

Befundübermittlung per FAX an: _____

Ich bestätige hierbei, dass

- *das oben angegebene Faxgerät vor unbefugtem Zugang und Gebrauch geschützt ist,*
- *eine allfällige Änderung der Faxnummer umgehend bekannt gegeben wird,*
- *automatische Weiterleitungen deaktiviert sind,*
- *alle vom Faxgerät unterstützen Sicherheitsvorkehrungen genützt werden und*
- *allenfalls verfügbare Fernwartungsfunktionen nur für die vereinbarte Dauer der Fernwartung aktiviert sind.*

Befundübermittlung per Dame (VPNR) an: _____

(Stempel & Unterschrift der anfordernden Stelle)