

Universitätsklinikum Regensburg, 93042 Regensburg

## BEFUNDANFORDERUNG extern (dringlich/Notfall)

Patient: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname

geboren am: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
TT MM JJJJ

Anforderer: \_\_\_\_\_  
(Arzt/Krankenhaus/Praxis ggf. Stempel)

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

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

Hiermit erkläre ich, dass o.g. Patient zur Weitergabe seiner gesundheitsbezogenen Daten/Befunde/Arztbriefe einverstanden ist.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Anforderers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten/gesetzl. Vertreters (wenn möglich)

Bitte diese Anforderung vollständig ausgefüllt an folgende Kontaktadresse senden:

**Universitätsklinikum Regensburg Interdisziplinäre Notaufnahme**  
**Fax: +49 941 944 2317**

Bitte kündigen Sie die Anforderung telefonisch an!  
(tagsüber: Tel. +49 941 9442311, nachts: Tel. +49 941 9442316)