

Absender, bitte lesbar!

Dr. med. Heribert Schorn
Facharzt für Urologie
Kornmarkt 9
37073 Göttingen

oder per Telefax: 0551-47061

Weitergabe von Kopien via Fax/Post

Sehr geehrter Herr Dr. Schorn,
hiermit bestätige ich

Name, Geb.-datum in Druckschrift

dass die urologische **Praxis Dr. Schorn** eine relevante Auswahl der mich betreffenden Behandlungsunterlagen als Kopien an folgende Praxis senden dürfen.
(Übermittlung nur per Post oder Fax. Es werden keine Daten per Email übersandt)

Name und Adresse und ggf. Faxnummer der Praxis an die die Unterlagen gesandt werden sollen:



Bitte senden Sie die Kopien nicht an einen Arzt, sondern an meine Adresse, die ich rechts oben leserlich eingetragen habe. *(Bitte ankreuzen)*
Ich werde die Unterlagen selber weitergeben.

Ich bin mit der Übermittlung der Daten und Befunde an obenstehende Praxis einverstanden und werde die entstehenden Kosten* für Kopien und anfallendes Porto persönlich übernehmen. Ich erhalte dazu eine gesonderte Rechnung auf dem Postweg. Diese Kosten entstehen auch bei Übersendung an meine Adresse.

(bis 50 Kopien je Kopie 50 Cent, jede weitere Kopie 15 Cent plus Portokosten)*

Göttingen, den _____

Unterschrift Patient/-in

Bitte ausfüllen und uns schriftlich übermitteln (Persönlich/Post/Fax)