

An das
Medizinische Labor DDr. Johann Perné
Krassnigstraße 44
9020 Klagenfurt

Fax.: 0463 513 222 15

Fax-Anforderung von Laborbefunden
--

Patientendaten

Name:

Geburtsdatum:

In meiner Funktion als behandelnder Arzt ersuche ich um Übermittlung des Laborbefundes meiner Patientin/meines Patienten per Fax.

Ich bestätige, dass meine Patientin/mein Patient mit der Datenanforderung einverstanden ist.

Arztstempel / Unterschrift / Datum