

## Anforderung Befunde / Patientenakte

Name, Vorname

Geburtsdatum

### Einverständniserklärung der Patientin zur Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden

Ich bin damit einverstanden, dass die

Frauenarztpraxis S | zwei - Dr. med. Laura Staffa und Dr. med. Sophia Sarin

von der Praxis

von der Klinik

von Herrn / Frau

Behandlungsdaten und Befunde von mir einholt. Diese Informationen werden nur zur Dokumentation und weiteren Behandlung verwendet. Dass ich diese Einverständniserklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann, ist mir bekannt.

Ich bitte ausdrücklich darum, folgende Unterlagen bzw. Befunde weiterzuleiten:

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Dr. med. Laura Staffa**  
**Dr. med. Sophia Sarin**

Fax: 0721 88 22 77

E-Mail: [info@praxis-szwei.de](mailto:info@praxis-szwei.de)