

Bitte nutzen Sie dieses Formular zur Befundanforderung/Herausgabe von Befunden

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie wünschen eine Kopie Ihrer Behandlungsunterlagen. Diese stellen wir gerne für Sie zusammen. Nach geltendem Recht der DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) sind wir verpflichtet vor der Herausgabe eine rechtswirksame Erklärung einzuholen. Der Schutz Ihrer Daten ist uns besonders wichtig, weshalb eine Legitimierung der Herausgabe des Befundes durch eigenhändige Unterschrift erforderlich ist. Da es sich zum Teil um Unterlagen von beiden Partnern handelt, ist von jedem Partner eine Erklärung abzugeben.

Patienten CODE _____

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Wohnort _____

Ich benötige folgende Befunde:

Blutwerte (Hormonwerte, Serologie, Gerinnungsuntersuchung, Humangenetik)

Behandlungsverläufe (Protokoll zur Insemination, IVF-/ ICSI-Behandlung)

Spermogramm

sonstiges: _____

Zweck:

eigene Archivierung

PKV/ Beihilfe

Zentrumswechsel

Wir bitten um Verständnis, dass die Aushändigung der Unterlagen nur persönlich erfolgt!
Bitte bringen Sie hierzu ein gültigen Lichtbildausweis mit.

Für das Erstellen berechnen wir 0,50€ je Kopie. Ich wünsche die Herausgabe der Kopien und werde die genannten Kosten bei Abholung der geforderten Unterlagen in bar begleichen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____