

Universitätsklinikum Halle (Saale)
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik
Julius-Kühn-Str. 7
06112 Halle (Saale)

Per Fax:

**Anforderung Entlassbrief bei der Universitätsklinik und Poliklinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik Halle**

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend genannter Patient ist nach eigenen Angaben in der Universitätsklinik und
Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Halle

ambulant

stationär

behandelt worden. Bitte senden Sie uns den Entlassbrief über den unten genannten
Behandlungszeitraum an die genannte Anschrift bzw. Fax-Nr.

Patientendaten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Behandlungszeitraum: _____

Fachbereich/ Station (sofern bekannt): _____

Anfordernder Arzt:

Name: _____

Anschrift bzw. Fax-Nr.: _____

Die Entbindung von der Schweigepflicht erhalten Sie anbei.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Anfordernder Arzt

Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte der Universitätsklinik und Poliklinik für
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Halle gegenüber dem oben angegebenen
anfordernden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient