

Martin - Luther - Universität Halle - Wittenberg

Medizinische Fakultät



Klinik und Poliklinik für Neurologie

Direktor: Prof. Dr. S. Zierz

Fax: 0345 557 2767

Ernst Grube Straße

06112 Halle (Saale)

Sehr geehrte Frau Kollegin,
Sehr geehrter Herr Kollege,

der Patient (Name, Vorname):
geboren am:

war bei Ihnen im Jahr:

in Behandlung gewesen. Wir bitten um Übersendung der bei Ihnen vorliegenden

Entlassungsbriefe

Sonstige Befunde (bitte genau angeben):

Bitte schicken Sie die Unterlagen an:

oder senden es per Fax an:

Für telefonische Rückfragen erreichen Sie uns 0345 557 2740

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift

Einverständniserklärung des Patienten

Mit der Übersendung meiner Behandlungsunterlagen (z.B. Entlassungsbrief, Röntgenbilder, usw.) an oben genannten Einrichtung bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Patientenunterschrift