

Dok.: FORM.D.027 Version: 01 Gültig ab: 20.01.2015	Formblatt	
	Einverständniserklärung	

Einverständniserklärung des Patienten zur Übermittlung von Befundberichten

Datum der Anfrage	
Kontakt Daten der anfragenden Arztpraxis	
Telefon- und Faxnummer der Arztpraxis	
Name des Patienten	
Geburtsdatum des Patienten	
Betreffende Analyse(n)/ Befundbericht	
Zeitpunkt der Untersuchung im UKBB	

Die Übermittlung soll auf folgendem Weg stattfinden:

- Brief
- Fax

Hiermit stimme ich zu, dass der Befundbericht der oben aufgeführten Untersuchungen an den anfragenden Arzt weitergeleitet wird. Alle meine Fragen dazu wurden mir beantwortet.

Datum, Ort _____

Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigter _____

Pädiatrielabor: Befundübermittlung am:

um:

Visum:

Universitäts-Kinderspital beider Basel
 Pädiatrielabor
 Spitalstrasse 33
 4031 Basel
 Telefon (061 70) 42727
Fax (061 70) 41237

Leitung
 Prof Dr. med. Nicolas von der Weid (061 70) 42995
 Brigitte Baumgartner (Leitende BMA) (061 70) 42726

 Labor-Qualitätsbeauftragte
 Sura Boz (061 70) 42709
 Jennifer Lemke (061 70) 42730