

Anforderung Befundübermittlung per Fax bei Gefahr in Verzug

KIP-GES-FM

gültig ab: 25.05.2021

Version: 03

Seite 1 von 1

Anforderer:

Name _____

Klinik _____

Spital _____

Adresse _____

Tel: _____

Fax _____

Sonstiges _____

Name, Geburtsdatum des Patienten:

BITTE NUR 1. ODER 2. ODER 3. WÄHLEN

Behandlungsbezug (behandelnder Arzt/Ärztin)

JA NEIN

1. Einverständniserklärung des/der PatientIn liegt bei: JA NEIN

2. Konsiliaruntersuchung

JA NEIN (bitte Befundbericht bzw. Anforderung mitsenden)

3. Befundung einer z.B. Zweitbiopsie bei Vorbefunden am Klinischen Institut für Pathologie

JA NEIN (bitte Befundbericht bzw. Anforderung mitsenden)

Arex Übermittlung möglich? JA NEIN Adresse: _____

	Funktion	Name	Datum	Unterschrift
Erstellt	FK/INS	Grahovac	25.05.2021	e.h.
Geprüft	QM	Hofer	25.05.2021	e.h.
Freigegeben	OEL	Kain	25.05.2021	e.h.