

An das
St. Alexius-/St. Josef-Krankenhaus
Arztsekretariate
Nordkanalallee 99

41464 Neuss

per Fax: (02131) 5292-9001

Anforderung Entlassbrief beim St. Alexius-/St. Josef-Krankenhaus

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend genannter Patient ist nach eigenen Angaben im St. Alexius-/St. Josef-Krankenhaus stationär behandelt worden. Bitte senden Sie uns den Entlassbrief über den unten genannten Behandlungszeitraum an die genannte Anschrift bzw. Fax-Nr.

Patientendaten:

Name:

Geburtstag:

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 des St. Alexius-/St. Josef-Krankenhauses gegenüber dem oben angegebenen anfordernden Arzt von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift Patient