

**Formular zur Anforderung von Patientendaten  
für Vor-, Mit- und Nachbehandler**

**Praxis**

---

---

---

**FAX-Nummer:** \_\_\_\_\_

**An**

**Wir bitten um Übersendung folgender Dokumente:**

---

Name Patient/in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Behandlungszeitraum: \_\_\_\_\_

Ich versichere, dass das Einverständnis der Patientin/des Patienten vorliegt

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes