

Städtisches Klinikum Karlsruhe

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Städtisches Klinikum Karlsruhe
Klinik für Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
Prof. Dr. Dr. (H) A. Dunsche
Molktestr. 90
76133 Karlsruhe

FAX 0721/974-4229

Bitte senden Sie mir folgenden Befund zu/ oder ich bitte um eine telefonische Rücksprache

(ggf. mit Vermerk des letzten Aufenthalts, ohne Vermerk wird der aktuelle Befund angenommen)

- Ambulanzbrief
- Entlassbrief
- Röntgen
- NNH /FRS/ OPG Zahnfilm
- DVT
- Rückruf vom behandelnde Kollegen

Fragestellung: _____

- Telefonsprechstunde Prof. Dr. Dr. (H) Dunsche -mittwochs vom 10-11 Uhr- nach Anmeldung

Fragestellung: _____

der Patientin/des Patienten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

An folgende Adresse Faxnummer Emailadresse

Praxisadresse & Email & Telefonnummer

Datenschutzerklärung:

Hiermit versichere ich, dass sich der/ die o. g. Patient/in in meiner Behandlung befindet und in die Übermittlung der angeforderten Daten auf dem ausgewählten Versandweg ausdrücklich eingewilligt hat. Ich bestätige, dass ich den/ die o. g. Patient/in über die Risiken des Versandweges (z. B. beim Telefax) aufgeklärt habe.

Name

Datum, Unterschrift