

# 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 sich mit der Übermittlung der angeforderten Daten einverstanden erklärt.

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Behandler