

# Ärztliche Befundanforderung



**Pathologie**  
Klagenfurt Nord

Dieses Formular dient ausschließlich der Befundanforderung der behandelnden Ärztin / des behandelten Arztes.

**ZJ PATHOLOGIE**  
Klagenfurt Nord Betriebs GmbH

Patientendaten:

<b>Sozialversicherungsnummer</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Krankenkasse</b>	
<b>Vorname</b>	
<b>Nachname</b>	

Feldkirchner Straße 217  
9020 Klagenfurt am Wörthersee  
T +43 463 41954811  
F 0463 419 548 89  
E office@pathologie-klagenfurt.at  
FN 462646  
UID ATU72259334

Grunddaten des behandelnden Arztes / Ordination:

<b>Arzt</b>	
<b>Tel.-Nr. (Ordination)</b>	
<b>E-Mail</b>	
<b>Anschrift</b> Straße PLZ, Ort Land	

Übermittlung:

<input type="checkbox"/> <b>DAME/MedicalNet</b> <b>Nummer</b>	
ODER	
<input type="checkbox"/> <b>Postalisch</b> (an die oben angegebene Anschrift)	

Befund-Informationen:

<b>Befunddatum / Zeitraum</b>	
-------------------------------	--

Sofern bekannt, kann auch die exakte Befundnummer angegeben werden:

<b>Befundnummer</b>	
---------------------	--

Wir bitten um die Angabe eines Anfragegrunds:

<b>Grund der Anfrage</b>	
--------------------------	--

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der angebenen Daten und beauftrage die Zusendung der genannten Befunde.

Hiermit bestätige ich, dass die/der Patient:in mit der Übermittlung der Daten ausdrücklich einverstanden ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift (Ärztin / Arzt)