

Absender (Stempel)

FAX an 0345 6922201

AWO Psychiatriezentrum Halle GmbH
Zscherbener Straße 11
06124 Halle

Anforderung eines Behandlungsberichtes vom AWO Psychiatriezentrum Halle

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend genannte Patientin / genannter Patient ist nach eigenen Angaben im AWO Psychiatriezentrum Halle

- ambulant
- tagesklinisch
- stationär

behandelt worden. Bitte senden Sie uns den Behandlungsbericht über den unten genannten Behandlungszeitraum an die angegebene Anschrift bzw. Fax-Nr. zu.

Patientendaten

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Behandlungszeitraum:

Anfordernder Arzt

Name:

Anschrift / Fax-Nr.:

Ort, Datum

.....
Unterschrift anfordernder Arzt

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinde ich die behandelnden Ärzte des AWO Psychiatriezentrums Halle gegenüber dem oben angegebenen anfordernden Arzt von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

.....
Unterschrift Patientin / Patient