



**Befundanfrage**

Univ. Augenklinik Schwabachanlage 6 91054 Erlangen

**Augenklinik  
mit Poliklinik**

Direktor: Prof. Dr. Friedrich E. Kruse

Abteilung Hochschulambulanz  
Ansprechpartner: Fr. Leuwer  
Telefon: 09131 85-44488  
Fax: 09131 85-36401

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

**Befundanfrage-Formular**

an die Augenklinik am Universitätsklinikum Erlangen per FAX an 85-36401

Aus Datenschutzgründen dürfen Befunde nicht per E-Mail versendet werden. Dies ist nur per Post (Arztbrief) oder Fax an eine uns bekannte Faxnummer, z. B. Ihres behandelnden Arztes, möglich. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Zur Bearbeitung Ihrer Anfrage benötigen wir von Ihnen folgende Angaben:  
(Bitte ankreuzen/ausfüllen):

Name: .....

Geb.-Datum: .....

Behandlungstag/-e (Datum): .....

Ich wurde  stationär /  ambulant behandelt.

Station/Bereich: .....

Ich benötige folgenden Befund: .....

Für etwaige Rückfragen bitten wir um Ihre Telefon- Faxnummer oder E-Mail-Adresse:

Bitte senden Sie dieses ausgefüllte Formular per Fax (09131/85-36401) oder als Scan/Foto per E-Mail an [au-befundanfrage@uk-erlangen.de](mailto:au-befundanfrage@uk-erlangen.de)

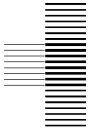
Sollten Sie Unterlagen für eine andere Person als für Sie selbst anfordern, benötigen wir hierfür zusätzlich beigefügte Schweigepflichtsentbindungs-Erklärung. Lassen Sie diese bitte von der betreffenden Person ausfüllen und unterschreiben. Anschließend senden Sie das unterschriebene Dokument zusammen mit dieser Befundanfrage an:

Fax (09131/85-36401) oder

Scan/Foto per Email an [au-befundanfrage@uk-erlangen.de](mailto:au-befundanfrage@uk-erlangen.de)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Version:	Ersteller: [QM Erstellung]	Prüfer: [QM geprüft von]	Freigeber: [QM freigegeben von]	Kenn-Nr.:	Seite 1 von 2
----------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	-----------	------------------



**Befundanfrage**

---

**Schweigepflichtsentbindungs-Erklärung**

Hiermit entbinde ich .....(Vorname, Name)  
geboren am .....(Geburtsdatum)  
wohnhaft in .....(vollständige Anschrift)  
alle mich behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht.

**Bitte ausfüllen / ankreuzen:**

Alle nachfolgend aufgeführten Personen oder Institutionen dürfen Auskünfte über meinen Gesundheitszustand und Diagnosen erhalten.

**Mein/e Partner/in:**

.....  
Vorname, Name, Geburtsdatum, Adresse

**Mein/e Kind/er:**

.....  
Vorname, Name, Geburtsdatum, Adresse

**Weitere Personen** (z.B. rechtliche Betreuer oder andere Angehörige):

.....  
Vorname, Name, Geburtsdatum, Adresse

**Institutionen** (Versicherungen/ Krankenkassen):

.....  
.....  
(Name, vollständige Anschrift)

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Version:	Ersteller: [QM Erstellung]	Prüfer: [QM geprüft von]	Freigeber: [QM freigegeben von]	Kenn-Nr.:	Seite 2 von 2
----------	-------------------------------	-----------------------------	------------------------------------	-----------	------------------