

Klinik für Neurologie und Palliativmedizin

An die
Klinik für Neurologie und Palliativmedizin
Prof. Dr. Volker Limmroth
Kliniken der Stadt Köln gGmbH
Ostmerheimer Straße 200
51109 Köln

FAX: 0221/8907-3772

Bitte senden Sie mir den folgenden Befund
(ggf. mit Vermerk des letzten Aufenthalts, ohne Vermerk wird der aktuellste Befund angenommen)

- Ambulanzbrief** (vom _____)
 Entlassungsbrief (vom _____)
 EEG-Befund (vom _____)
 EMG-Befund (vom _____)
 Sonstiges (vom _____)

der Patientin / des Patienten

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

an folgende Adresse bzw. Faxnummer per Post per Fax

Praxisstempel

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