

Antragsformular zur Änderung von Patientendaten auf Praxiswunsch

Bitte ankreuzen

☐ Namenskorrektur

☐ Patientenverwechslung

Bei Patientenverwechslungen raten wir generell zur Neueinsendung von Anforderungsschein und Probenmaterial. Beachten Sie bitte auch, dass bei Untersuchungen nach dem Gendiagnostik-Gesetz, bei Untersuchungen, die den Richtlinien zur Blutgruppenbestimmung und Bluttransfusion der Bundesärztekammer unterliegen sowie bei kritischen Befunden (z.B. HIV), Änderungen von Patientendaten nicht möglich sind.

Bitte füllen Sie dieses Formular gut leserlich und vollständig aus und faxen Sie das ausgefüllte Formular an folgende Fax-Nummer: 089/54308-272

Auftragsnummer:	
Einsender:	
Kunden-ID:	
Ansprechpartner Name/Telefonnummer:	

Angaben zu den Patientendaten

	ALT	NEU
Barcode		
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
Kostenträger*		
Patientenadresse		

*bei Kassenpatienten bitte zwingend neuen Überweisungsschein einreichen

--

Datum

Unterschrift

Praxisstempel