

Absender, bitte lesbar!

**Dr. med. Heribert Schorn**  
**Facharzt für Urologie**  
**Kornmarkt 9**  
**37073 Göttingen**

*oder per Telefax: 0551-47061*

**Weitergabe von Kopien via Fax/Post**

Sehr geehrter Herr Dr. Schorn,  
hiermit bestätige ich

\_\_\_\_\_  
Name, Geb.-datum in **Druckschrift**

dass die urologische **Praxis Dr. Schorn** eine relevante Auswahl der mich betreffenden  
Behandlungsunterlagen als Kopien an folgende Praxis senden dürfen.  
*(Übermittlung nur per Post oder Fax. Es werden keine Daten per Email übersandt)*

**Praxis an die die Unterlagen gesandt werden sollen:**

**Dr. med. Bode/Dr. med. Scheidweiler/ Herr Köbrich/ Herr Bauer/ Frau Kahrs**  
Fachärzte für Urologie  
Groner-Tor-Str. 2-3  
37073 Göttingen (dies gilt auch für Standort Bovenden)

**Frau Gerling/Dr. med. von Knebel**  
Fachärztin und -arzt für Urologie  
Am Steinsgraben 19  
37085 Göttingen

*(Bitte ankreuzen)*

**Bitte senden Sie die Kopien nicht an einen Arzt, sondern an meine Adresse, die ich  
rechts oben leserlich eingetragen habe. (Bitte ankreuzen)**  
Ich werde die Unterlagen selber weitergeben.

Ich bin mit der Übermittlung der Daten und Befunde an obenstehende Praxis  
einverstanden und werde die entstehenden Kosten\* für Kopien und anfallendes Porto  
persönlich übernehmen. Ich erhalte dazu eine gesonderte Rechnung auf dem Postweg.  
Diese Kosten entstehen auch bei Übersendung an meine Adresse.

*(\* bis 50 Kopien je Kopie 50 Cent, jede weitere Kopie 15 Cent plus Portokosten)*

Göttingen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/-in

***Bitte ausfüllen und uns schriftlich übermitteln (Persönlich/Post/Fax)***