Einsenderinformation

Formular Patientenverwechslung

Sehr geehrte Damen und Herren,

trotz aller Bemühung und Sorgfalt kann sich dennoch mal ein Fehler einschleichen, **z.B. beim Ausfüllen von Überweisungsscheinen**. Wir ändern diese Daten gerne für Sie, müssen dies aber nachvollziehbar dokumentieren.

Daher bitten wir Sie wie folgt vorzugehen:

Bitte ***links*** die bisherigen, inkorrekten Patientendaten eintragen, ***rechts*** die richtigen. **Wichtig: unbedingt unten angeben, wer die Änderung beauftragt.** Wir müssen dies bei uns dokumentieren.

Und: Bitte den richtigen Überweisungsschein mit Unterschrift des Arztes im Original einsenden und vorab, zusammen mit diesem Formular, faxen.

	falsch	**richtig**
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Geschlecht		
Barcodenummer/ AZ		

Beauftragt von:

Datum **Praxisstempel** **Name (bitte lesbar)**

Ihr/e Ansprechpartner/in: Fr.Dour, Hr.Dietz, Fr.Haug, Fr.Lehmann

Telefax: 0721-85000-199

E-Mail: befauskunft@laborvolkmann.de

Mit freundlichen Grüßen Ihr
MVZ Labor PD Dr. Volkmann u. Kollegen SE & Co. eGbR