

# Ermächtigung zur Befundanforderung



**Dr. med. Christian Roser**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Notfallmedizin

Hiermit ermächtige ich,

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>
PLZ und Ort	<input type="text"/>

**Herrn Dr. Christian Roser**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Schwarzwaldstr. 60  
75196 Remchingen  
Tel. 07232-372337

bei meinem früheren

Arzt/Behandler \_\_\_\_\_

die historischen Befunde anzufordern.

Remchingen, den  Unterschrift: \_\_\_\_\_