



 PATHOLOGIE BERLIN		
<b>Formblatt</b>	<b>Verifizierung Faxnummer</b>	<b>Version: 1 / 30.11.2021</b>

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

bitte faxen Sie uns folgende schriftliche Bestätigung zu, die wir im Rahmen des Patientendatenschutzes und des Qualitätsmanagements benötigen:

Hiermit bestätigen wir, dass eingehende Berichte auf nachfolgend genannter Fax-Nr. ausschließlich von autorisiertem Personal entgegengenommen werden:

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift

Stempel

► Rückfax bitte an: 030-82 00 7871

Zur internen Dokumentation:

Datum:

Mitarbeiterkürzel:

Faxempfänger: