



Formblatt	Verifizierung Faxnummer	Version: 1 / 30.11.2021
------------------	--------------------------------	--------------------------------

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: