



Cenata GmbH

Paul-Ehrlich-Str. 23  
72076 Tübingen  
Tel. +49 7071 565 44 430  
Fax +49 7071 565 44 444  
E-Mail: info@cenata.de  
www.cenata.de

Praxisstempel

## Befundübermittlung an Vertretungsarzt

### Informationen zum einsendenden Arzt

Anrede / Titel: \_\_\_\_\_

Praxis / Gemeinschaftspraxis: \_\_\_\_\_

Facharzt / Fachärzte für: \_\_\_\_\_

Strasse + Nr: \_\_\_\_\_

PLZ + Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Praxisstempel, wenn möglich

### Informationen zum Vertretungsarzt

Anrede / Titel: \_\_\_\_\_

Praxis / Gemeinschaftspraxis: \_\_\_\_\_

Facharzt / Fachärzte für: \_\_\_\_\_

Strasse + Nr: \_\_\_\_\_

PLZ + Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Praxisstempel, wenn möglich

Hiermit bestätige ich, dass eine Kopie des Befundberichts des Harmony® Tests an die von mir angegebene Vertretungspraxis gesandt werden soll.

\_\_\_\_\_  
Name der Patientin (in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum der Patientin (TT/MM/JJJJ)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des einsendenden Arztes

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an

**Fax: 07071 565 44 449**

Seite 2/2