



## Formular: Änderung von Patientendaten (Praxen)

Liebes Praxis-Team,

bei aller Bemühung und Sorgfalt kann sich dennoch einmal der „Fehlerteufel“ einschleichen, z.B. **beim Ausfüllen der Überweisungsscheine**. 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 ausfüllen, **rechts** die richtigen.

**Wichtig: unbedingt unten angeben, wer die Änderung beauftragt.** Wir müssen dies bei uns dokumentieren.

**Und: Bitte den richtigen Überweisungsschein im Original einsenden und vorab, incl. diesem Formular, faxen.**

	falsch	richtig
Name, Vorname:		
Geburtsdatum:		
Geschlecht:		
Barcodenummer:		
Sonstiges: (z.B. Adresse, Laboranforderung)		

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Praxisstempel

\_\_\_\_\_ Name (bitte lesbar)