

An

Bezirksklinikum Mainkofen
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik
Ärztlicher Schreibdienst Psychiatrie
94469 Deggendorf

Betreff:
Befundanforderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitte ich um Zusendung des Entlassberichts für meine(n) stationären Aufenthalt(e) in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Bezirksklinikums Mainkofen:

Zeitraum:

Vollständiger Name:

Geburtsdatum

aktuelle Anschrift

Ggf. Telef.Nr.

Ihre handschriftliche Unterschrift
