



Aufzeichnungsvorlage

<b>Praxis / Klinik / Krankenhaus (Anforderer)</b>		
Name		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
Fax		
<b>Patient/in</b>		
Befunde <input type="checkbox"/>		
CT-Aufnahmen <input type="checkbox"/>	MRT Aufnahmen <input type="checkbox"/>	Röntgenbilder <input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum		
Familiennamen		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
<b>Einverständnis Patient/in</b>		
Ich entbinde die Abteilung Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Krankenhaus der Augustinerinnen von der Schweigepflicht und bitte um Übermittlung der Bild- und Textbefunde an den o.a. Anforderer.		
_____ <b>Datum und Unterschrift Patient/in</b>		
Fax: 0221/33081369		phasenbein@severinskloesterchen.de