



Aufzeichnungsvorlage

Praxis / Klinik / Krankenhaus (Anforderer)		
Name		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
Fax		
Patient/in		
Befunde <input type="checkbox"/>		
CT-Aufnahmen <input type="checkbox"/>	MRT Aufnahmen <input type="checkbox"/>	Röntgenbilder <input type="checkbox"/>
Untersuchungsdatum		
Familiename		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
Einverständnis Patient/in		
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.		
_____ Datum und Unterschrift Patient/in		
Fax: 0221/33081369		phasenbein@severinskloesterchen.de