



Telefax: Anforderungen von Untersuchungen

Patientenname: _____ Vorname: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit bitten wir Sie um Zusendung nachfolgender Befunde per Fax:

Röntgenbilder vom (Datum): _____

CT/MRT Bilder vom (Datum): _____

Andere Befunde vom (Datum): _____

Um eine CD oder schriftlichen Befund von Ihren Untersuchungen zu erhalten, bitten wir Sie, diese zu unseren Öffnungszeiten (Montag-bis Freitag zwischen 7:30 und 15:30 Uhr) an der Röntgenanmeldung abzuholen.

Einverständniserklärung der Patientin/des Patienten

Name, Vorname: _____ Geb. am: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass alle Befunde und Bilder meiner Person ausgehändigt werden an:

Name, Vorname: _____ (od. Klinik)

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Mit ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin
ggf. des gesetzlichen Vertreters