



Radiologie

Chefarzt Prof. Dr. Dr. med. Boris Bodelle, MHBA

Tel.: 0651 947-52357

Fax: 0651 947-52976

Einwilligung Telefax Anforderung von Untersuchungen

Patientenname: _____ Vorname: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bitten wir Sie um Zusendung nachfolgender Befunde:

- ☐ Röntgenbilder vom (Datum): _____
- ☐ CT/MRT Bilder vom (Datum): _____
- ☐ Andere Befunde vom (Datum): _____

Um eine CD von Ihren Untersuchungen zu erhalten, bitten wir Sie, diese zu unseren Öffnungszeiten Montag-bis Freitag zwischen 7:30 Uhr und 16:00 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: _____ (oder 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