

Nachträgliche Anforderung von Röntgenbildern und CD-ROMS

Patientendaten

Name / Vorname Geb.Datum:
Adresse
.....

Gewünschte Untersuchungen

Datum

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> MRI | |
| <input type="checkbox"/> Multislice CT inkl. Interventionen | |
| <input type="checkbox"/> US / Duplex / US-Interventionen | |
| <input type="checkbox"/> Konventionelles Röntgen | |
| <input type="checkbox"/> Durchleuchtung / IVP | |
| <input type="checkbox"/> Angiographie / Gefäßintervention | |
| <input type="checkbox"/> Mammographie / Mammotome | |
| <input type="checkbox"/> DEXA | |
| <input type="checkbox"/> alle Untersuchungen der letzten Hospitalisation am KSB | |

Ich wünsche, dass mir oben erwähnte Röntgenbilder zugesendet werden als

- CD ROM
 Papierausdruck

Ich bestätige hiermit, dass ich der nachbehandelnde Arzt/ die nachbehandelnde Ärztin des oben erwähnten Patienten/der oben erwähnten Patientin bin

Ort, Datum

.....

Stempel und Unterschrift des Arztes