

Formular bei Anforderung von Patientendaten

Praxis / Klinik / Krankenhaus (Anforderer)		
Name		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
Fax		
Patient/in		
Befunde		
CT-Aufnahmen	MRT Aufnahmen	Röntgenbilder
Untersuchungsdatum		
Familiename		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße und Hausnummer		
PLZ und Ort		
Einverständnis Patient/in		
Ich entbinde die Abteilung Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Cellitinnen Krankenhaus St. Hildegardis von der Schweigepflicht und bitte um Übermittlung der Bild- und Textbefunde an den o.a. Anforderer.		
<hr style="width: 30%; margin: auto;"/> Datum und Unterschrift Patient/in		
Fax: 0221/4003258		Aradiologie@sthildegardis.de

Prozessverantwortlicher: Dr. F. Schellhammer (CA Radiologie)	Freizeichner: Gunnar Schneider (GF)	Freigabedatum: 07.04.2017	Seite 1 von 1
--	---	-------------------------------------	---------------