

Universitätsklinikum Münster . 48129 Münster . [44600]

Bitte per Fax zurücksenden an:

**Fax: 02 51 – 83 45 821**

Klinik für Nuklearmedizin

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Schäfers  
*Direktor*

—  
Ansprechpartner: Sekretariat

Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A1  
48149 Münster

T +49 251 83-47845

F +49 251 83-45821

Servicezentrale: T +49 251 83-55555

nuk-sekretariat@ukmuenster.de

[www.ukm.de](http://www.ukm.de)

— **Befundanforderung**

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Sie wünschen zur unten aufgeführten Untersuchung (bitte ankreuzen):

( ) \_\_\_ den schriftlichen Befund

( ) \_\_\_ eine CD mit den Bilddaten

— Wir werden uns bemühen, die gewünschten Untersuchungsergebnisse innerhalb der nächsten 24 Stunden zu versenden. Bitte geben Sie uns hierfür die folgenden Angaben in leserlicher Druckschrift. Des Weiteren fügen Sie bitte die Einverständniserklärung des Patienten zur Datenübermittlung bei. Sollte Ihnen diese noch nicht vorliegen, lassen Sie bitte die hier angehängte Erklärung ausfüllen und unterschreiben.

**Patient:** .....  
(Nachname, Vorname, Geb.-Datum)

**Art und Datum der Untersuchung:** .....

**Die Befunddaten sollen gesandt werden an:**

.....  
.....

Datum: .....

Unterschrift: .....

**Einverständniserklärung**

**Patient:** .....  
(Nachname, Vorname, Geb.-Dat.)

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Daten meiner am .....  
in der Klinik für Nuklearmedizin, UKM, durchgeführten Untersuchung an

.....  
(Name der Arztpraxis)

übermittelt werden.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
Unterschrift