

Klinik für Radiologie
Univ.-Prof. Dr. med. Walter Heindel
Direktor
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A 1
48149 Münster

Fax: +49 (0)2 51 – 83 – 47317

Radiologische Bild-Anforderung durch Praxen

Angaben zur Praxis

Name: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Angaben zum Patient*innen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Art der Untersuchung: _____

Datum der Untersuchung: _____

Hiermit wird bestätigt, die Einwilligung des Patienten*innen bzgl. des Bildversandes an die Arztpraxis eingeholt zu haben.

Datum: _____

Stempel und Unterschrift: _____