

Institut für Radiologie und Neuroradiologie

Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. Christian Mathys
Steinweg 13-17
26122 Oldenburg

Telefon: 0441 / 236-237

Fax: 0441 / 236-486

E-Mail: rad-datenanforderung@evangelischeskrankenhaus.de

Radiologische Bild-/Befund-Anforderung durch ärztliche Einrichtungen

Bitte nur an die o.g. Fax.-Nr. oder E-Mail-Adresse schicken

Angaben zur ärztlichen Einrichtung

Name Einrichtung: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Angaben zum Patienten / zur Patientin

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Art der Untersuchung: _____

Datum der Untersuchung: _____

Ich _____
(Name, Vorname)
versichere, dass der Patient / die Patientin
in die Übermittlung dieser Gesundheitsdaten an die Einrichtung eingewilligt hat und die Ärzte des
Evangelisches Krankenhauses von der Schweigepflicht befreit hat. Die Einwilligung liegt der Einrich-
tung vor und kann auf Anforderung in Fotokopie übersendet werden.

Datum

Stempel und Unterschrift