

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: _____ Faxnummer: _____

Angaben zum Patienten / zur Patientin

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Angeforderte Daten

Untersuchung/Körperteil (z.B. „MRT/Kopf“)	Unters.- Datum	Bilder Datenträger oder Transfer Datenleitung	Befunde
		<input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> oder <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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