

## 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: <u>rad-datenanforderung@evangelischeskrankenhaus.de</u>

## 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:							
elefonnummer: Faxnummer:								
Angaben zum Patiente	n / zur Patientin							
Name:								
Vorname:								
Geburtsdatum:								
Angeforderte Daten								
Untersuchung/Körperteil	Unters	Bilder Befunde						le
(z.B. "MRT/Kopf")	Datum	Datenträger oder Transfer Datenleitung						
			oder					
			oder					
			oder					
			oder					
lch			versich	ere,	dass der Patient /	die	Pati	entin
(Name, Vorna in die Übermittlung dieser	ıme)							
Evangelisches Krankenhau			-		-			
tung vor und kann auf Anfo		• .						
							_	
Datum		Stempe	el und Unters	chrit	ft		-	