

Institut für Radiologie und Neuroradiologie

Leitende Ärztin Dr. med. Claudia Klüner
 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: _____

Angeforderte Daten

Untersuchung/Körperteil (z.B. „MRT/Kopf“)	Unters.- Datum	Bilder Datenträger oder Transfer Datenleitung	Befunde
		☐ oder ☐	☐
		☐ oder ☐	☐
		☐ oder ☐	☐
		☐ oder ☐	☐

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