



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Kopf- und Neurozentrum
Klinik und Poliklinik für MKG-Chirurgie
Martinistraße 52 • 20246 Hamburg
Direktor: Prof. Dr. Dr. M. Heiland

Bildanforderungsformular für behandelnde Ärzte/innen

Mit diesem Formular können behandelnde Ärzte/innen Original-Röntgenaufnahmen ihrer Patienten anfordern. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig und sorgfältig mit Blockbuchstaben aus, damit wir eine schnelle und korrekte Bearbeitung gewährleisten können.

Zusendung per Fax
+49 (0)40 7410 - 55467
oder per Post

Patientendaten

Name: Anschrift:
Vorname: PLZ:
Geb.- Datum: Ort:

Welche Röntgenaufnahmen sollen zugeschickt werden (Art der Aufnahme und, falls bekannt, Aufnahme datum)

.....
.....
.....

Praxis- bzw. Klinikadresse der/des anfordernden Ärztin/Arztes

Bitte keinen Stempel verwenden!

Name der Praxis bzw. Klinik:
Anschrift:
PLZ: Ort:

Datum:

Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes