

## Bildanforderungsformular für weiterbehandelnde Ärzte/innen

Mit diesem Formular können behandelnde Ärzte/innen Röntgenaufnahmen ihrer Patienten anfordern. Bitte füllen Sie das Formular elektronisch oder händisch mit Blockbuchstaben aus, damit wir eine zügige Bearbeitung gewährleisten können.

### Hinweis

Aus Gründen des Datenschutzes versenden wir Röntgenaufnahmen ausschließlich auf einer CD oder DVD über den Postweg.

Sofern die Einwilligungserklärung aufgrund von Abwesenheit der Patientin / des Patienten nicht unterschrieben werden kann, werden die Röntgenaufnahmen direkt an die Patientin / den Patienten geschickt.

Zusendung per Fax an  
+49 (0)40 7410 - 40008

oder per Post an:  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Kopf- und Neurozentrum  
Klinik für MKG-Chirurgie  
Gebäude O10, EG, Flur 4 (Anmeldung MKG)  
Martinistraße 52  
20246 Hamburg

---

### Patientendaten

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

### Einwilligungserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass durch das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf bzw. durch das Ambulanzzentrum des UKE GmbH folgende Röntgenaufnahmen (bitte eintragen)

Art der Röntgenaufnahme (z.B. Zahnfilm): \_\_\_\_\_  
Aufnahmedatum: \_\_\_\_\_

an die unten aufgeführte Praxis / Klinik übermittelt und für meine Behandlung verwendet werden dürfen.  
Diese Einwilligung ist jederzeit mit Wirkung für die Zukunft frei widerruflich.

Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten

---

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

Bitte keinen Stempel verwenden!

Name der Praxis bzw. Klinik: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ und Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon (für Rücksprachen) \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes