Befundanforderung

bei der Radiologie Hunsrück-Mosel-Westerwald

für Standorte: Hunsrück Klinik Kreuznacher Diakonie Simmern

Marienkrankenhaus Cochem, Evang. Krankenhaus Selters

Per Fax: 06761 96 4444 13

Wir benötigen für die Nachbehandlung und weitere Therapieplanung von

Name: _____

Vorname: _____

Geburtstag: _____

folgende Befunde: _____

Wir benötigen den Befund (enthält Ticket-Code zum Download und Betrachtung der Bilder)

Stempel / Unterschrift / Datum