MVZ MÜLHEIM
Radiologie

Empfänger:

Datum:

Patient:

Geb.-Datum:

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir fordern folgende Befunde in schriftlicher Form/per Teleradiologie von Ihnen an.

CT ____
MRT ____
Röntgen ____
Schriftliche Befunde ____ bitte per FAX an 0208 40920689

Bitte senden Sie die Bilder an

MVZ Mülheim
Schulstr. 11/13
45468 Mülheim

und Befunde an die Faxnummer 020840920689.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit willige ich ein, dass das MVZ Mülheim, Praxis für Radiologie, Schulstr.11 45468 Mülheim meine Befunde und/oder Bildgebungen (auch digital) anfordern darf.

_____ X_____
Datum: Unterschrift Patient