

- Es gilt die aktuelle elektronische Version ! -

Patient

NAME, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

.....

Telefon

Kostenträger

Zusatzversicherung Ja Nein

Zuweiser

Klinik/Praxis

Anschrift

.....

Name d. Arztes

Telefon

Diagnose/Frage

.....

.....

Bild-Demo im (Tumorboard) am (Datum)

CD nach Einlesen vernichten zurück an Absender zurück an Patient/in

Datum Unterschrift des Arztes

Von der Radiologie auszufüllen
PID:
Befund: