



06421 / 58 – 67066

@ radleit@med.uni-marburg.de

Praxis/Klinik	
Name	
Straße, Haus-Nr.	
Plz, Ort	
Fax	
Patient/in	
Behandlungszeitraum	
Röntgen-Bilder <input type="checkbox"/>	CT-Bilder <input type="checkbox"/> MRT-Bilder <input type="checkbox"/> Befunde <input type="checkbox"/>
Fam.-Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Straße, Haus-Nr.	
Plz, Ort	
Einverständnis Patient/in	
Ich entbinde die Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie von der Schweigepflicht und bitte um Übermittlung der Bilder und des Befundes an o.g. Anforderer.	
Datum, Unterschrift	