



Angaben zu Röntgen- /CT- Untersuchungen

Patientenname, Geburtsdatum:

Organ / Untersuchungsregion:

Zeitangaben zur Untersuchung:

Teleradiologische Anforderung:

Datum: _____ Uhrzeit _____

Untersuchungsende:
(Dosisreport/letzte Scanserie)

Datum: _____ Uhrzeit _____

Übermittlung Befundbericht:

Datum: _____ Uhrzeit _____

Bitte senden Sie zu jeder Untersuchung diesen vollständig ausgefüllten Bogen sowie den einen Befundbericht mit