

# Fax-Anmeldung Radiologisches Mvz 03433 21-1829

Absender Praxisstempel

Patientendaten

PATIENTENAUFKLEBER

## Dringliche Terminanfrage



Untersuchungsregion

---

---

Dringlichkeit

≤ 1 Woche

1-2 Wochen

3-4 Wochen

Erreichbarkeit Patient\*in

Handy

Festnetz

E-Mail

Hinzuziehung klinischer Partner am Haus erwünscht?

ja

nein

**Lebensbedrohlich erkrankte Patient\*innen bitte rund um die Uhr in der Zentralen Notfallaufnahme vorstellen.**