

Universitätsklinikum Tübingen  
Department Radiologie  
Zentrale Annahmestelle für  
CD, Bild-und Befundanforderung  
Hoppe-Seyler-Strasse 3  
72076 Tübingen

**Fax: 07071/29 4548**

Datum: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten um Zusendung der von Ihnen angefertigten Aufnahmen.

**Patientenname:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Patienteneinwilligung:** \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient

- Röntgenaufnahmen
- CT-Aufnahmen
- MRT-Aufnahmen
- Mammographieaufnahmen
- Befundbericht vom \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Sonstige \_\_\_\_\_

Mit freundlichem Grüßen

\_\_\_\_\_  
Name und Unterschrift

Fax: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_