

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

Fax: 07071/29 25240

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: _____
