

Anforderung Befundbericht

Patientendaten:

- Vor- und Nachname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Telefonnummer: _____
- Untersuchungsart u. -datum: _____
(z.B. MRT HWS vom 02.05.16)

O Ich möchte, dass mein Befundbericht **an folgende(n) Arzt / Praxis per Fax** versandt wird:

- Name des Arztes: _____
- Fachrichtung: _____
- Ort / Sitz der Praxis: _____
- Fax-Nummer Praxis: _____
- Telefon-Nummer Praxis: _____

O Ich möchte, dass mein Befundbericht **an folgende Adresse per Post** versandt wird:

- Vor- und Nachname: _____
- Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort: _____

Ort, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

Wiesbaden
Friedrichstr. 12
65185 Wiesbaden
Dr. Christopher Ahlers*²
Dr. Stefanie Bitschnau*^{1,2}
Dr. Jochen Mundschenk*^{1,8}
Dr. Semira Sepehr-Rezai*^{1,5}
Dr. Matthias Troglauer*⁶
Dr. Udo Trost*³
Ngan-Phuong Truong*^{1,5}
Dr. Birgit Vorndran*^{1,2}
Dr. Hubertus von Zitzewitz*⁴
Tel. 0611 900170
Fax 0611 95474496

Wiesbaden an der Asklepios Klinik
Geisenheimer Str. 10
65197 Wiesbaden
Dr. Carla von Bruchhausen*²
Dr. Katja Lohmann*^{1,6}
Tel. 0611 8472464
Fax 0611 95474440

Mainz
Binger Straße 25
55131 Mainz
Dr. Reinhold Hümmerich*^{1,2}
Dr. Roland Raabe*⁷
Dr. Georg Vancura*⁵
Dr. Katrin Wunder*²
Radiologie
Tel. 06131 232481
Fax 06131 235241
Nuklearmedizin
Tel. 06131 624630
Fax 06131 6246310

Bad Schwalbach
Emser Str. 29-31
65307 Bad Schwalbach
Dr. Bernd Romaneehsen*³
Tel. 06124 501700
Fax 061195474434

Taunusstein
Mühlfeldstr. 22
65232 Taunusstein
Dr. Jochen Beus*³
Tel. 06128 8606480
Fax 06128 2029002

Idstein
Am Bahnhof 1-3
65510 Idstein
Dr. Carsten Bletz*²
Tel. 06126 5056890
Fax 06126 9854002

Hochheim
Frankfurter Str. 94
65239 Hochheim am Main
Dr. Monica Craciun*^{1,2}
Beate Kienle*³
Dr. Roland Raabe*⁷
Tel. 06146 830990
Fax 06146 5269002

Bad Kreuznach
Römerstrasse 4
55543 Bad Kreuznach
Dr. Andreas Zoeller*^{1,5}
Nadine Stegherr*⁵
Tel. 0671 481416
Fax 0671 481417

*1 Arzt/Ärztin in Anstellung
*2 Fachärzte für Radiologie
*3 Fachärzte für Diagnostische Radiologie
*4 Facharzt für Radiologische Diagnostik
*5 Fachärzte für Nuklearmedizin
*6 Fachärzte für Diagnostische Radiologie & Nuklearmedizin
*7 Facharzt für Radiologie & Nuklearmedizin
*8 Facharzt für Nuklearmedizin, Facharzt für Innere Medizin (spez. Endokrinologie und Diabetologie)

Bitte faxen Sie das ausgefüllte Formular an: **0611 954744-20**