

Bildanforderung

Radiologie Hirslanden Zürich
Rietstrasse 41
8702 Zollikon

FORMULAR FÜR BILD IMPORT/EXPORT

BILDANFORDERUNG FÜR (NAME INSTITUT UND ARZT): _____

ANFORDERER: _____

BETRIFFT: _____

NAME, VORNAME: _____

ADRESSE: _____

GEBURTSDATUM: _____

TELEFON: _____

UNTERSUCHUNG: _____

DATUM DER UNTERSUCHUNG: _____

BILDANFORDERUNG VON: _____

ENTSTEHUNGSORT: _____

Bitte Bilder:

Besten Dank!
