

## Anforderung Befundbericht IM NOTFALL

### Für den Patienten:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname; Geburtsdatum, Versichertennummer)

### bitte ich um die Übersendung folgender Patientendaten:

Befund/-e vom: \_\_\_\_\_

Aufnahmen / CD vom: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wiesbaden**  
Friedrichstr. 12  
65185 Wiesbaden  
Tel. 0611 900 17 0  
Fax 0611 954 744 96

**Wiesbaden an der Asklepios Klinik**  
Geisenheimer Str. 10  
65197 Wiesbaden  
Tel. 0611 847 246 4  
Fax 0611 954 744 40

**Bad Schwalbach**  
Emser Str. 29-31  
65307 Bad Schwalbach  
Tel. 06124 501 700  
Fax 0611 954 744 34

**Taunusstein**  
Mühlfeldstr. 22a  
65232 Taunusstein  
Tel. 06128 860 648 0  
Fax 06128 202 900 2

**Idstein**  
Am Bahnhof 1-3  
65510 Idstein  
Tel. 06126 505 689 0  
Fax 06126 985 400 2

**Hochheim**  
Frankfurter Str. 94  
65239 Hochheim am Main  
Telefon: 06146 83099 0  
Fax: 06146 526 900 2

**Mainz**  
Gymnasiumstr. 4  
Radiologie  
Tel. 06131 232 481  
Fax 06131 235 241  
Nuklearmedizin  
Tel. 06131 624 630  
Fax 06131 624 6310

**Fachärzte für Radiologie**  
Dr. Christopher Ahlers  
Dr. Carsten Bletz  
Dr. Stefanie Bitschnau\*  
Dr. Carla von Bruchhausen  
Dr. Monica Craciun\*  
Dr. Reinhold Hümmerich\*  
Dr. Birgit Vorndran\*  
Dr. Katrin Wunder

**Fachärzte für Diagnostische Radiologie**  
Dr. Jochen Beus  
Dr. Ute Hilgenberg\*  
Beate Kienle  
Dr. Bernd Romaneehsen  
Dr. Udo Trost

**Facharzt für Radiologische Diagnostik**  
Dr. Hubertus von Zitzewitz

**Fachärzte für Nuklearmedizin**  
Dr. Semira Sepehr-Rezai\*  
Ngan-Phuong Truong\*  
Dr. Georg Vancura

**Fachärzte für Diagnostische Radiologie & Nuklearmedizin**  
Dr. Katja Lohmann\*  
Dr. Matthias Troglauer

**Facharzt für Radiologie & Nuklearmedizin**  
Dr. Roland Raabe

**Facharzt für Nuklearmedizin, Facharzt für Innere Medizin**  
Dr. Jochen Mundschenk\*

\*Arzt/Ärztin in Anstellung

### Übermittlung der Befunde bitte

an Faxnummer: \_\_\_\_\_

per Abholung durch: (Name) \_\_\_\_\_  
(Bitte Original dieser Anforderung bei Abholung vorlegen)

Hiermit erkläre ich, dass ich als behandelnder Arzt, gemäß Art. 6 S. 1 lit. d und Art. 9 Abs. 2 lit. c DS-GVO, zur Verarbeitung der angeforderten Daten berechtigt bin. Art. 9 Abs. 2 lit. c DS-GVO: „...die Verarbeitung ist zum Schutz lebenswichtiger Interessen der betroffenen Person oder einer anderen natürlichen Person erforderlich und die betroffene Person ist aus körperlichen oder rechtlichen Gründen außerstande, ihre Einwilligung zu geben.“

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

### Arztstempel

Erklärung bitte per Fax an: **0611 954744-20**