

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
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

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