Klinik für Radiologie
Archiv
Albert-Schweitzer-Campus 1, Gebäude A 1
48149 Münster

Fax: +49 (0)2 51 – 83 – 47317

radiologie@ukmuenster.de
www.ukm.de

Radiologische Bild-Anforderung durch Patient*innen

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Art der Untersuchung: _____

Datum der Untersuchung: _____

O wird abgeholt O soll zugeschickt werden

Datum: _____ Unterschrift: _____

Universität Münster