Mein Name:_____

Adresse:_____

Telefon:_____

Befundanforderung an die folgende Abteilung / Institution

_____

_____

_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

Ich bitte Sie kostenlos gemäß § 12 KALG, folgende Befunde <u>zur Weiterbehandlung</u> auszuheben
(bitte zutreffendes Ankreuzen, nicht alles!)

- Sämtliche Röntgenbilder vom (Jahr, Gelenk,Seite)_____
- Sämtliche MR / CT Bilder vom (Jahr, Gelenk, Seite)_____
- Andere Befunde_____
- Krankengeschichte / Ambulanzakt von Jahr / Monat / Gelenk_____
- OP-Bericht von Operation im Jahr / Monat / Gelenk_____

Betreffend Patient: _____, _____, __ __ __ __ - __ __.__ __. __ __ __ __
Vorname Nachname Sozialversicherungsnummer

meinem behandelnden Arzt per Teleimage/ Medicalnet (ME449316) oder per Post zu schicken an:

Priv.- Doz. Dr. Christof Pabinger
Plüddemanngasse 45
8010 Graz
Österreich / EU

Mit freundlichen Grüßen

_____ _____ _____
Ort Datum Unterschrift