

KLINIKUM WESTFALEN GMBH

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Ruhr-Universität Bochum


Am Knappschaftskrankenhaus
44309 Dortmund
E-Mail: info@klinikum-westfalen.de
www.klinikum-westfalen.de

Klinikum Westfalen GmbH • Am Knappschaftskrankenhaus 1 • 44309 Dortmund

Klinikum Westfalen GmbH
Abteilung für Nuklearmedizin
Am Knappschaftskrankenhaus 1

44309 Dortmund

Fax: 0231 – 9221653

Mail: nuk-anmeldung@klinikum-westfalen.de

Standorte
Hellmig-Krankenhaus Kamen
Klinik am Park Lünen
Knappschaftskrankenhaus Dortmund
Knappschaftskrankenhaus Lütgendortmund

Knappschaftskrankenhaus
Klinik für Nuklearmedizin
Chefarzt Prof. Dr. med. H. Ahmadzadehfar, MSc

Sekretariat Telefon : 0231 922-1651
Sekretariat Telefax: 0231 922-1653
Station Telefon: 0231 922-1818
Station Telefax: 0231 922-1138

E-Mail: nuklearmedizin@klinikum-westfalen.de

Betreff: Befundanforderung

Dortmund,

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Sie wünschen zur unten aufgeführten Untersuchung (bitte ankreuzen):

- den schriftlichen Befund
- eine CD mit den Bilddaten

Wir werden uns bemühen, die gewünschten Untersuchungsergebnisse innerhalb der nächsten 24 Stunden zu versenden.

Bitte geben Sie uns hierfür die folgenden Angaben in leserlicher Druckschrift. Des Weiteren fügen Sie bitte die Einverständniserklärung des Patienten zur Datenübermittlung bei. Sollten Ihnen diese noch nicht vorliegen, lassen Sie bitte die hier angehängte Erklärung ausfüllen und unterschreiben:

Patientenname

Geburtsdatum

Art der Untersuchung

Untersuchungsdatum

Die Befunddaten sollen an folgende Adresse gesandt werden:

Ort, Datum

Unterschrift

Im Verbund der



Sitz der Gesellschaft:
Am Knappschaftskrankenhaus 1, 44309 Dortmund
Amtsgericht Dortmund, HRB 17117
Aufsichtsratsvorsitzende: Bettina am Orde
Hauptgeschäftsführer: Dipl.-Kaufmann Stefan Aust, M.Sc.
Geschäftsführer: Dipl.-Volkswirt Michael Kleinschmidt

Sparkasse Lünen
IBAN: DE04 4415 2370 0000 0474 72
BIC: WELADED1LUN

Umsatzsteuer-ID-Nr. DE 124794988

Einverständniserklärung des Patienten**Patientendaten:**

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Daten meiner am _____
in der Abteilung für Nuklearmedizin, durchgeführten Untersuchung an folgende Arztpraxis

übermittelt werden.

Ort

Datum

Unterschrift