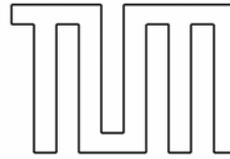


AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb.am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			



Abteilung für Neuroradiologie
 Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München
 Anstalt des öffentlichen Rechts
 Leiter: Prof. Dr. C Zimmer

**Anforderung einer Nachbefundung / 2. Meinung einer auswärtig
 durchgeführten neuroradiologischen Untersuchung
 (für auswärtige Krankenhäuser / Praxen)**

FAX (Anmeldung): 089 4140 4887

Untersuchungsdatum:	Untersuchungszeit:	Vorgangsnummer:
---------------------	--------------------	-----------------

Zuweiser:

Kostenträger

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> ambulanz
<input type="radio"/> stationär | <input type="radio"/> Krankenkasse (s. o.)
<input type="radio"/> Privat mit Wahlleistung
<input type="radio"/> Privat ohne Wahlleistung
<input type="radio"/> Wissenschaft | <input type="radio"/> Selbstzahler
<input type="radio"/> Gutachten
<input type="radio"/> Notfall |
|---|---|--|

Untersuchung:

- CT MRT Angiographie Sonstiges

Körperregion: Gehirn Wirbelsäule

Anamnese / Fragestellung:

Untersuchung und Befund werden gewünscht von:

Datum:

Stempel:

Unterschrift:

Telefon / Fax: