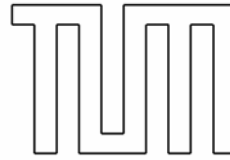


AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb.am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			



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

Untersuchung:

- CT MRT Angiographie Sonstiges

Körperregion: Gehirn Wirbelsäule

Anamnese / Fragestellung:

Untersuchung und Befund werden gewünscht von:

Datum:

Stempel:

Unterschrift:

Telefon / Fax: