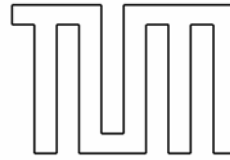


AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb.am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			



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

Anmeldung zum interdisziplinären Tumorboard der Neurofächer
(für auswärtige Krankenhäuser / Praxen)

FAX (Anmeldung): 089 4140 4887

Gewünschtes Datum:

Zuweiser:

Kostenträger		
<input type="radio"/> ambulanz	<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	

Vorhandene Untersuchungen:

CT MRT Angiographie Sonstiges

Körperregion: Gehirn Wirbelsäule

Anamnese / Fragestellung:

Untersuchung und Befund werden gewünscht von:

Datum: **Stempel:** **Unterschrift:** **Telefon / Fax:**