

**Befundanforderung
durch Zuweiser**

Anforderung

Version: 005

Gültig ab: 15.04.2019

Erstellt: Zuweisermg.

**Krankenhaus der Barmherzigen
Schwestern Ried Betriebsges.
m. b. H. Zuweiserhotline**

4910 Ried/Innkreis, Schlossberg 1

e-Mail: zuweiserhotline.ried@bhs.at

Tel.: +43 7752 602-3280

Fax: +43 7752 602-95255



**Barmherzige
Schwestern**

Krankenhaus Ried

BEFUNDANFORDERUNG

Anfordernder Arzt/Ordination

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer (für etwaige Rückfragen): _____

FAX: _____

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Folgende Befunde werden benötigt: _____

Untersuchung: _____

Übermittlung der Befunde per:

- Medical Net
- FAX (bitte oben unbedingt Fax ausfüllen)
- Post (bitte unbedingt oben Adresse ausfüllen)

Bildübermittlung von Radiologie bzw. Ambulatorium für bildgebende Diagnostik Ried GmbH:

- CD-ROM (=Bilder)
- Printbilder
- teleradiologisch

_____, am _____

Unterschrift/Ordinationsstempel

Mit Absenden der Befundanforderung bestätige ich, dass der/die genannte Patient/in sich in Betreuung meiner Praxis befindet.