

**Anforderung von
Befunden/Befundkopien
und Bildgebenden Verfahren
*Ambulanz 3B Tumore der Kopf-Hals-Region***



**Löbliche Abteilung!
Werte Zuweiserin! Werter Zuweiser!**

Wir danken für die Zuweisung Ihrer PatientIn an unsere Klinik.

Um möglichst rasch die Therapieentscheidung für unsere gemeinsame PatientIn treffen zu können und um unnötige Verzögerungen und Wartezeiten zu vermeiden, ersuchen wir Sie, der PatientIn folgende **Befunde in Kopie** bzw. **Bildgebende Verfahren im Original** mitzugeben:

- ⇒ ***OP-Bericht***
- ⇒ ***Histologie***
- ⇒ ***Computertomografie (auch initiale Bilder)***
- ⇒ ***Magnetresonanztomografie (auch initiale Bilder)***
- ⇒ ***Sonografie***
- ⇒ ***Laborbefund***
- ⇒ ***PET***
- ⇒ ***Onko-Konsil oder Chemotherapie-Schema***
- ⇒ ***Arztbrief***

Bei Rückfragen kontaktieren Sie uns bitte unter der **Durchwahl 27230**.

Herzlichen Dank für die Zusammenarbeit !



o. Univ. Prof. Dr. Richard Pötter
Klinikleitung
Univ. Klinik für Strahlentherapie