

**Anforderung von
Befunden/Befundkopien
und Bildgebenden Verfahren
*Ambulanz 5 – Palliation***



**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**
- ⇒ **konventionelles Röntgen**
- ⇒ **Computertomografie (auch initiale Bilder und schriftliche Befunde)**
- ⇒ **Magnetresonanztomografie (auch initiale Bilder und schriftliche Befunde)**
- ⇒ **Sonografie**
- ⇒ **Laborbefund**
- ⇒ **Knochenszintigrafie**
- ⇒ **Onko-Konsil oder Chemotherapie-Schema**
- ⇒ **Arztbrief**
- ⇒ **PET (falls vorhanden) oder PET-CT**

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