

**Befundanforderung
durch Zuweiser**

Anforderung

Version: 008

Gültig ab: 12/2024

Erstellt: Zuweisermtg.

**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 (KH, Institut, Ordination)

Name: _____

Adresse: _____

Telefonnummer (für etwaige Rückfragen): _____

E-Mail: _____

ME Nr.: _____

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Folgende Befunde werden benötigt: _____

Übermittlung der Befunde per:

- Medical Net
- E-Mail via Outlook
- Post

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 die*der genannte Patient*in sich in Betreuung meiner Praxis befindet.