



**RADIOLOGIE
FRIEDRICH-PASSAGE
WIESBADEN**

An die Praxis

Fax:

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Ich möchte, dass mein Befundbericht / Laborwerte

Untersuchung: _____ Datum: _____

Laborwerte vom Datum: _____

an folgende Praxis per Fax versandt wird:

Radiologie Friedrichpassage
Friedrichstr. 43, 65185 Wiesbaden

Faxnummer: 0611 267 63 33
Telefonnummer: 0611 267 63 0

Wiesbaden, den _____
Datum

Unterschrift Patient