

Gemeinschaftspraxis für Radiologie und Nuklearmedizin

Dr. M. Rech, L.O. Schmidt, A. Wallscheid, D. Meier, Dr. T. Amari, D. Palnek

Pettenkofer Str. 22, 66955 Pirmasens

Hiermit versichere Ich _____ , dass ich auf
ausdrücklichen

Wunsch des Patienten _____ geb _____
den

Befund/die CD mit der amdurchgeführten Untersuchung entgegen
nehme.

_____, Datum _____
(Unterschrift Abholer)

Name des
Abholers: _____ Geb.Datum: _____

Nummer des
Personalausweises: _____