

Absender:
Hausarztpraxis Dr.

Betriebsstätten Nummer:

Hausarzt-Vermittlung

FAX 0511 / 123 717 -27

**An die Röntgenpraxis Georgstraße für Radiologie und
Nuklearmedizin Hannover**

Pat.-Name:

Geb-Datum:

Handy-Nummer (alternativ Festnetz):

Gewünschte Untersuchung:

Schilddrüsen-Diagnostik

Kernspin (MRT): Kopf

HWS BWS LWS

Knie sonstiges MRT:.....

Computertomographie (CT)

Thorax Abdomen sonstiges CT:.....

Vorgehen für Sie als Hausarztpraxis:

- Bitte die Patientendaten ausfüllen und ein Kreuz bei den gewünschten Untersuchung setzen
- Den Rest übernehmen wir als Röntgenpraxis Georgstraße
- Bitte notieren Sie für IHRE EIGENE Abrechnung
neben der EBM-Ziffer 03008 unsere Betriebsstättennummer: 09 5301 300
und vermerken Sie diese unbedingt auf dem Überweisungsschein.

Wie geht es dann weiter:

- Wir kontaktieren den Patienten / die Patientin telefonisch meist am selben Tag, spätestens am Folgetag.
- Wir vereinbaren mit d. Pat. einen konkreten Termin i.d.R. innerhalb von 1-14 Tagen.
- Alle weiteren notwendigen Informationen erhält d. Pat. von uns.

Hilfreich ist es wenn Sie betreffenden Patienten unseren Praxisflyer mitgeben könnten