

**Klinik und Poliklinik für  
Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie**

Sekretariat Prof. Dr. Dr. A. C. Kübler  
Pleicherwall 2  
97070 Würzburg

**Zusendung per Fax  
+49 (0) 931 201 72700  
oder per Post**

## **Bildanforderungsformular für (Zahn-)Ärzte/innen**

Mit diesem Formular können Sie als behandelnder (Zahn-)Arzt/-in Röntgenaufnahmen ihrer Patienten aus unserer Klinik anfordern. Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig und sorgfältig mit Blockbuchstaben aus, damit wir eine schnelle und korrekte Bearbeitung gewährleisten können. Wir senden Ihnen dann umgehend die Bilder auf CD zu.

Eine Versendung per Mail ist aus juristischen Gründen leider nicht möglich !

### **Patientendaten**

Name: ..... Anschrift: .....

Vorname: ..... PLZ: .....

Geb.-Datum: ..... Ort: .....

Welche Röntgenaufnahmen sollen zugeschickt werden?  
(Art der Aufnahme und, falls bekannt, Aufnahmedatum)

.....  
.....

### **Praxis-bzw. Klinikadresse der/des anfordernden Ärztin/Arztes**

**Bitte keinen Klinikstempel verwenden!**

Name der Praxis bzw. Klinik: .....

Anschrift: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Datum: .....

.....  
Unterschrift der/des behandelnden (Zahn-)Ärztin/Arztes