



Request Form/Second opinion
**Заявка на получение
второго мнения в отделении
рентгенодиагностики**

RADIOLOGISCHE UNIVERSITÄTSKLINIK
Abt. Röntgendiagnostik
zertifiziert nach ISO 9001:2000
Ärztlicher Direktor: o. Prof. Dr. M. Langer

IMS - Fax-No.: + 49 761 270 1931

Please fill out this form in English / Пожалуйста, заполните этот бланк на английском языке!

Patient's Name/Surname:
Ф.И.О. пациента:

♀
♂

Date of Birth:
Дата рождения:

Transmission date:
Дата пересылки снимков:

Patient's ID:
Идентификационный
номер пациента:

Examination date:
Дата радиологического
обследования:

Kind of radiological
examination:
Вид обследования:

Body region:
Анатомическая часть
тела:

X-Rays / рентген:
CT / КТ:
MRT / МРТ:

Short Patient's History (important laboratory data if necessary):

Клинические данные (в случае необходимости важные лабораторные параметры):

Previous operations of the examined body region:

Перенесенные операции данной анатомической части тела:

Indication:
Клиническая задача:

Radiological diagnosis:
Диагноз:

Contact person:
Контактное лицо: