



Terminanfrage

bitte ausgefüllt senden

Fax 0331 20077958 oder Mail: info@mrt-potsdam.com

Patient:

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Gewünschte MRT-
Untersuchung _____

Diagnose/Fragestellung: _____

Arbeitsunfall ☐ Ja ☐ Nein

Krankenversicherung: _____

Überweisende Ärztin/ Arzt:

Name: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____

Fachrichtung: _____

Vielen Dank.

Wir melden uns umgehend telefonisch zur Terminabsprache