



Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum)  
 der Johann Wolfgang Goethe-Universität  
 Frankfurt am Main

**Röntgenabteilung**  
 Leiter: OA Dr. Werner Betz  
 Telefon +49 (0)69 6301 6631  
 Telefax +49 (0)69 6301 83682  
 E-Mail: Roentgen-Carolinum@uni-frankfurt.de  
 www.carolinum.uni-frankfurt.de

**Fax-Anforderung für Röntgenaufnahmen  
 aus dem ZZMK Carolinum Fax-Nr. 069/6301-83682**

Absender (bitte vollständige Praxisanschrift mit Telefon und E-Mail-Adresse):

.....  
 .....  
 .....

Ich bitte um vorübergehende Überlassung von analogen Röntgenaufnahmen bzw. Zusendung von digitalen Röntgenaufnahmen von nachstehend genanntem Patienten / genannter Patientin:

.....  
 Name, Vorname, Geburtsdatum, achtstellige Patienten-Nr. aus dem Carolinum (soweit bekannt)

Gewünschte Röntgenaufnahme(n) [ggf. Region]:

.....  
 .....

Relevanter Zeitraum: .....

Die Röntgenaufnahmen werden benötigt bis spätestens: .....

Ich sichere die unaufgeforderte Rücksendung analoger Röntgenaufnahmen nach Gebrauch zu. Eine vom Patienten/in unterschriebene Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht füge ich bei

.....  
 Datum, Unterschrift des anfordernden Zahnarztes/Zahnärztin

Carolinum interne Vermerke:			
	Zusendung erledigt	Wiedervorlage zur Rückforderung	Eingang der Röntgenaufnahme(n)
Datum			
Unterschrift			