Rückmeldung

Elektronischer Befundversand

|  |  |
| --- | --- |
| Kunde | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Bitte vollständige postalische Anschrift angeben.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | über DaMe | über Sharefile |
| PDF (obligatorisch) | ja  nein | ja  nein |
| EDIFACT (optional) | ja  nein | ja  nein |

|  |  |
| --- | --- |
| Gewünschter Umsetzungszeitpunkt  aus Kundensicht | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**DaMe**

|  |  |
| --- | --- |
| DaMe Adresse /  Medical Net Adresse /  ME-Nummer | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| BGM-Fachgebiet | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

**Sharefile**

|  |  |
| --- | --- |
| E-Mail-Adresse(n) | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Bitte schicken Sie das ausgefüllte Formular retour an:

[bz-innovation@o.roteskreuz.at](mailto:bz-innovation@o.roteskreuz.at?subject=Anfrage%20elektronischer%20Befundversand)