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