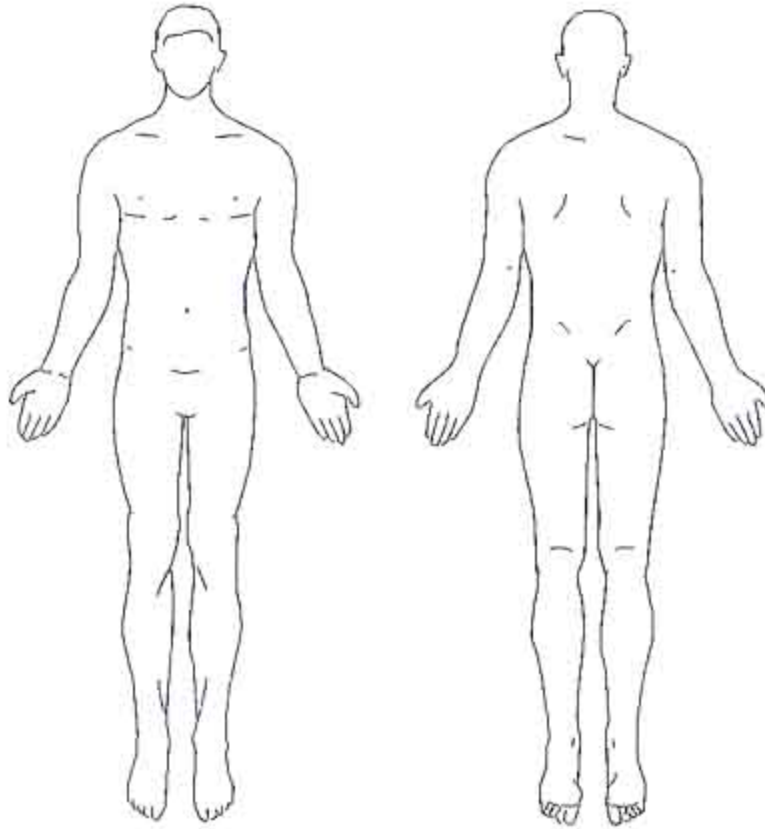


Anforderung Fotografie



Anfordernder Arzt: _____

Amb.: _____

Stat.: _____

Patient/in: _____

Name: _____ Vorname: _____:

Geb.-Datum: _____
