

Herr / Frau

.....  
ist zu folgender Untersuchung angemeldet:

**PET/CT**  
.....

**MRT** (Kernspintomographie)  
.....

**CT** (Computertomographie)  
.....

**Sonographie** (Ultraschall)  
.....

**Szintigraphie** (Schilddrüsenuntersuchung)  
.....

Kommen Sie bitte **NÜCHTERN** zur  
Untersuchung.

**Diagnostische Radiologie  
und Nuklearmedizin**

Dr. med. Jonas Müller-Hübenthal  
und Kollegen

Ottoplatz 1 · 50679 Köln

Telefon 0221 88 84 80 - 60

Fax 0221 88 84 80 - 20

**Privatsprechstunde**

Telefon 0221 88 84 80 - 66

**Sprechzeiten**

Mo - Fr 8.00 - 18.00 Uhr

Sa nach Vereinbarung

**Ihr Termin:**  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa

Datum

Uhrzeit

Bitte bringen Sie zur Untersuchung folgende Unterlagen mit:

- **Voruntersuchungen und Vorbefunde**
- **die Überweisung - ggf. die Versicherungskarte**
- **Patientenausweise** (Marcumar, Allergie, Diabetes, Schrittmacher, Implantate etc.)
- **eine Liste der von Ihnen eingenommenen Medikamente**



## U-Bahn

Linien 1,9  
Linien 1,7,8,9  
Linien 3,4

Bahnhof Deutz/Messe  
Haltest. Deutzer Freiheit  
Bahnhof Deutz/Kölnarena

## Bus

Linien 150,153,156,250,260

## Navi-Adresse

Hermann-Pünder-Str. 3

## Parkplätze

in der Tiefgarage im KölnTriangle  
(kostenpflichtig / Einfahrt über Hermann-Pünder-Str.)



[www.praxis-im-koelntriangle.de](http://www.praxis-im-koelntriangle.de)