



ÖRG-Quality Assurance zur Durchführung und Befundung von Prostata MRTs

Erklärung der Bereitschaft zur Durchführung von mpMRTs

.....
Titel / Vorname / Nachname

.....
Straße / Hausnummer / PLZ / Ort

.....
E-Mail / Telefonnummer

Ich erkläre hiermit, dass ich Kenntnis über die von der ÖRG empfohlenen Standards zur technischen Durchführung und Befundung von mpMRTs der Prostata besitze und die Bereitschaft habe diese so gut es mir möglich ist anzuwenden.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift