

Anmeldung radiologische Untersuchung

PATIENTEN-INFORMATION

Ambulant Tagesklinik Stationär

Name _____ m w

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Strasse / Nr. _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG

Krankheit Unfall

Grundversicherung _____

Karten-Nr. (VEKA-Nr.) _____

Zusatzversicherung _____

Selbstzahler Schweiz Selbstzahler international

TERMIN

Bitte direkt zur Untersuchung aufbieten

Wunschtermin _____

Bestätigung Termin, Datum Zeit

UNTERSUCHUNG

CT	MRI	Mammographie /	Röntgen	Infiltration	Konsilium / Zweitmeinung
CT Arthro	MR Arthro	Tomosynthese	Durchleuchtung	Biopsie	Ultraschall
PET/CT					

Organ / Region _____

Diagnose (Untersuchung, Fragestellung, klinische Angaben)

Vorbilder bestellen Wo _____

FALLRELEVANTE INFORMATIONEN

Herzschrittmacher	Klaustrophobie	Metallsplitter	Schwangerschaft	Hyperthyreose
Implantate	KM-Allergie	Niereninsuffizienz	_____	

ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT

Name / Vorname _____ Standort Praxis _____

Telefon _____ E-Mail _____

Datum / Signatur _____

Befundkopie HIN-E-Mail-Adresse _____