

Röntgen Name, Vorname _____

Ultraschall Geburtsdatum _____

CT Strasse _____

MRI PLZ / Ort _____

Tel. P. _____ Tel. G. _____

Wer übernimmt die Kosten für die Untersuchung?

Krankenkasse SUVA, UV-Versicherer Privat-Versicherung IV EMV Patient

Name _____ Agentur _____ Mitglied-Nr- _____

Der Termin ist verbindlich. Bei unentschuldigter Absenz erheben wir einen Unkostenbeitrag von Fr. 80.-.

Untersuchungsdatum _____ Zeit _____ Bitte aufbieten

Gewünschte Untersuchung
Klinische Angaben
Fragestellung

Bilddokument

Film

DVD

Bildversand

mit Patient

Post

H-Net

Befund

folgt per Fax auf den nächsten Termin bei Ihnen.

Bitte sämtliche Voruntersuchungsbilder dem Patient mitgeben.

Datum _____ Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin _____