

Anmeldung Radiologie

- Röntgen
- Ultraschall
- CT
- MRI
- DEXA
- Punktion/Infiltration

Name _____

Geburtsdatum _____ w m

Strasse _____

PLZ / Ort _____

Telefon. P. _____ Mobile: _____

E-mail: _____

Versicherung: Krankheit Unfall Selbstzahler

Versicherungsnummer: _____

Termin ist vereinbart am Datum/Zeit: _____

Bitte aufbieten unter Telefon: _____

Falls Sie den reservierten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie uns spätestens 24 Stunden vorher zu benachrichtigen. Bei unentschuldigtem Nichterscheinen wird eine Gebühr von 80 Fr. erhoben.

Gewünschte Untersuchung / gewünschtes Protokoll: _____

Klinische Angaben: _____

Fragestellung: _____

Platzangst Kreatinin (bei CT mit iv Kontrastmittelgabe) _____

Schrittmacher/Neurostimulator Allergie _____

Implantate _____

Bilddokument:

- DVD
- H-Net/MedicalShare
- _____

Befund:

- E-Mail (nur HIN) _____
- Fax _____
- Befundkopie an _____
- Nächste Konsultation _____

Angaben des zuweisenden Arztes/der zuweisenden Ärztin

Name* _____ PLZ, Ort* _____

Tel. / Fax _____