

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

Schrittmacher/Neurostimulator

Metall im Untersuchungsbereich

Kreatinin (bei CT mit iv Kontrastmittelgabe) _____

Allergie _____

Implantate _____

Bilddokument:

Onlineportal

H-Net/MedicalShare
DVD

Befund:

E-Mail (nur HIN) _____

Fax _____

Befundkopie an _____

Nächste Konsultation _____

Angaben des zuweisenden Arztes/der zuweisenden Ärztin

Name* _____

PLZ, Ort* _____

Tel. / Fax _____