

Anmeldung radiologische Untersuchung

FACHRICHTUNGEN

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Abdominale Radiologie | ☐ Muskuloskelettale Radiologie | ☐ Neuroradiologie | ☐ Urogenitale Radiologie |
| ☐ Kardiovaskuläre Radiologie | ☐ Mammadiagnostik | ☐ Thorakale Radiologie | |

PATIENTEN-INFORMATION

☐ Ambulant ☐ Tagesklinik ☐ Stationär

Name ☐ m ☐ w

Vorname

Geburtsdatum

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Angaben zur Versicherung

☐ Krankheit ☐ Unfall

Grundversicherung

Karten Nummer (VEKA Nummer)

Zusatzversicherung

☐ Selbstzahler Schweiz ☐ Selbstzahler International

Termin

☐ Bitte direkt zur Untersuchung aufbieten

☐ Wunschtermin

☐ Bestätigter Termin, Datum Zeit

UNTERSUCHUNG

- | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| ☐ CT | ☐ MRI | ☐ Mammographie | ☐ Röntgen | ☐ Infiltration | ☐ Lumbalpunktion |
| ☐ CT Arthro | ☐ MR Arthro | ☐ Tomosynthese | ☐ Durchleuchtung | ☐ FNP | ☐ Konsilium / Zweitmeinung |
| | | | ☐ Ultraschall | ☐ Biopsie | |

Organ / Region

Diagnose

Untersuchung, Fragestellung, Klinische Angaben

☐ Vorbilder bestellen

Wo

FALLRELEVANTE INFORMATIONEN

- | | | | |
|--|---|---|---|
| ☐ Herzschrittmacher | ☐ Klaustrophobie | ☐ Metallsplitter | ☐ Schwangerschaft |
| ☐ Implantate | ☐ KM-Allergie | ☐ Niereninsuffizienz | ☐ <input type="text"/> |

ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT

Name / Vorname

Standort Praxis

Telefon

E-Mail

Datum / Signatur

☐ Befundkopie

HIN-E-Mail-Adresse