

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

ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT

- Name / Vorname _____ Standort Praxis _____
 Telefon _____ E-Mail _____
 Datum / Signatur _____

- Befundkopie
 HIN-E-Mail-Adresse _____