



Radiologie – Anmeldung

Patient/in	
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse, Nr:	PLZ, Ort:
Telefon:	Kostenträger: <input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> SUVA <input type="checkbox"/> Versicherung <input type="checkbox"/> IV
Arbeitgeber:	Versichertennummer:

Gewünschte Untersuchung:	<input type="checkbox"/> Klaustrophobie <input type="checkbox"/> Schwangerschaft / Stillen <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Schrittmacher / ICD <input type="checkbox"/> Neurostimulator / Neuromodulator <input type="checkbox"/> Insulinpumpe <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe <input type="checkbox"/> künstliche Herzklappe <input type="checkbox"/> Aneurysmaclip <input type="checkbox"/> Cochleaimplantat <input type="checkbox"/> akt. Kreatinin: _____
Klinische Angaben und Diagnose:	
Fragestellung:	

Termin: <input type="checkbox"/> Wunschtermin: _____ <input type="checkbox"/> Dringend <input type="checkbox"/> Termin bereits vereinbart: _____

Gewünschte Befundübermittlung:

- Fax
 Postweg
 HIN E-Mail: _____

Telefonische Befundübermittlung an:

Befundkopie an:

Gewünschte Bilddokumentation:

- USB-Stick
 nur Befund

Zuweiser / vollständige Adresse inkl. Telefonnummer
