

ANMELDUNG RADIOLOGIE OENSINGEN

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Strasse:				PLZ / Ort:	
Telefon / Mobil:				Kostenträger:	
E-Mail:				AHV-Nr.:	
<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall		Unfalldatum:			
<input type="checkbox"/> Patientin/Patient bitte aufbieten		Vers./Unfall-Nr.		Karten-Nr.:	

Terminwunsch bis spätestens:	Bestätigter Termin: Datum: Zeit:
------------------------------	--

Gewünschte Untersuchung: <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> DEXA <input type="checkbox"/> CT Infiltration

Indikation / klinische Angaben: Fragestellung:

Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Kreatininwert:
--	----------------

Wichtig für MRI (bitte ankreuzen):

- Pacemaker Ja Nein
 Allergie Ja Nein
 Klaustrophobie Ja Nein
 Kontrastmittel Ja Nein
 Tätowierungen < 6 Wochen Ja Nein

Befundkopie:

- Ja Nein

Kontakt Daten verordnende Ärztin / verordnender Arzt (bitte vollständig ausfüllen bzw. Praxisstempel mit Unterschrift):

Praxisname:
Name und Vorname Ärztin/Arzt:
Adresse:
PLZ / Ort:
Telefon/E-Mail:

Unterschrift, Datum:
