

Anmeldung Radiologie

Bitte drucken Sie das Formular aus oder verwenden Sie zum Ausfüllen den Internet-Explorer.

- 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

Befund:

- E-Mail (nur HIN) _____
- Fax _____
- Befundkopie an _____
- Nächste Konsultation _____

Angaben des zuweisenden Arztes/der zuweisenden Ärztin

Name* _____ PLZ, Ort* _____

Tel. / Fax _____