

Anmeldung radiologische Untersuchung

FACHRICHTUNGEN

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

PATIENTEN-INFORMATION

- Ambulant
 Tagesklīnik
 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

FALLRELEVANTE INFORMATIONEN

- Herzschrittmacher
 Klaustrophobie
 Metallsplitter
 Schwangerschaft
 Implantate
 KM-Allergie
 Niereninsuffizienz

ZUWEISENDE/R ÄRZTIN/ARZT

Name / Vorname

Standort Praxis

Telefon

E-Mail

Datum / Signatur