

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 _____

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 _____