

PATIENTENANMELDUNG

Stempel des einweisenden Arztes:

Patient/in aufbieten meldet sich

Auskünfte: 071 447 21 21

Untersuchungstermin: _____

Familienname

Mädchenname

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefon

PLZ/Ort

Kostenträger:

Krankenkasse Versicherung SUVA EMV IV

Genaue Bezeichnung und Adresse der Kasse/Versicherung:

Vers. Nr.
Arbeitgeber

Frühere Röntgenuntersuchungen?

Klinischer Befund und Diagnose:

Fragestellung:

- Klaustrophobie
- Schwangerschaft/Stillen
- Allergien
- Hyperthyreose
- Diabetes
- Metformin
- Antikoagulation
- Metall-Fremdkörper
- Piercing
- Pacemaker
- Neurostimulator
- Insulinpumpe
- Schmerzpumpe
- Cochleaimplantat
- Niereninsuffizienz
- akt. Kreatinin

Gewünschte Untersuchung:

MR

CT

Ultraschall

Röntgen

Feinnadelpunktion

Infiltration

KM-Passage

Anderes

Bitte Bericht faxen an Fax-Nr. _____

Bitte neue Anmeldeformulare

Bitte Bericht per e-mail an: _____

Bitte Kopie an _____