

PATIENTENANMELDUNG

Stempel des einweisenden Arztes:

Patient/in aufbieten meldet sich

Auskünfte: 071 747 28 28

Untersuchungstermin: _____

Familienname Mädchenname

Vorname Geburtsdatum

Adresse Telefon

PLZ/Ort

Kostenträger:

Krankenkasse Versicherung SUVA EMV IV

Genauere 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 Mammographie

CT Ultraschall

Röntgen Feinnadelpunktion

Infiltration KM-Passage

Anderes

Bitte Bericht per Fax an Fax-Nr. _____

Bitte neue Anmeldeformulare

Bitte Bericht per e-mail an Bitte Kopie an _____