

Patientenanmeldung Radiologie

Untersuchungstermin

Patient/in anbietet

Patient/in meldet sich

Arzt/Ärztin

GLN ZSR

Tel.

Mail

Radiologie-Institut

GLN Mail

Patient/Patientin

Name

Strasse

PLZ / Ort

Telefon

Vorname

Geb.datum Geschlecht

AHV-Nr.

Mail

Versicherung

Fall

Gesetz

Vers.-Nr.

Fall.-Nr./-Dat.

Frühere Röntgenuntersuchungen

Klinischer Befund und Diagnose

Fragestellung

- Klaustrophobie
- Schwangerschaft
- Allergien
- Hyperthyreose
- Diabetes
- Metformin
- Antikoagulation
- Metall-Fremdkörper
- Piercing
- Pacemaker
- Neurostimulator
- Insulinpumpe
- Schmerzpumpe
- Cochleaimplantat
- Niereninsuffizienz

akt. Kreatinin µmol/l

Gewünschte Untersuchung

Lokalisierung

Bilddokumentation:

Bericht an Fax:

Bericht an Mail:

Datum: Unterschrift:

Bitte Kopie an

bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung