

Diagnose Zentrum City Buchs

Diagnose Zentrum City Buchs
 Bahnhofstrasse 43
 CH-9470 Buchs

Anmeldung

Patient hat Termin am Patient aufbieten

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Geburtsdatum	Geschlecht	AHV-Nr.	
Telefon			
Versicherung		Gesetz	Vers.-Nr.
		UVG/Schaden-Nr.	

	MRI (3T)	CT	Röntgen	Ultraschall
Gewünschte Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untersuchungsregion				
Gewicht	kg	Kreatinin	µmol/l	<input type="checkbox"/> Platzangst

(Kontraindikationen MRI: Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, cerebrale Aneurysmaclips, Metallsplitter)

Klinischer Befund / Fragestellung (Blockschrift)

Allergien / Implantate Quick (Punktionen und Biopsie)

Dokumentation der Untersuchung auf CD Webportal
 Schnellbefund per Telefon / Fax / E-Mail

Arzt (Adresse, EAN, ZSR, Mail) Bitte Kopie an (Adresse, EAN, ZSR, Mail)

Datum

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das Radiologie-Institut.