

Patientenanmeldung Radiologie

Untersuchungstermin

Patient/in aufbieten

Patient/in meldet sich

Arzt/Ärztin

Radiologie

EAN

ZSR

Tel.

Mail

Fax

Mail

Patient/Patientin

Name

Vorname

Strasse

Geb.datum

Geschlecht

PLZ / Ort

AHV-Nr.

Telefon

Mail

Versicherung

Arbeitgeber

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:

Bitte Kopie an

Bericht an Fax:

Bericht an Mail:

Datum:

Unterschrift:

bei elektronischer Einsendung unötig

EAN

ZSR