

Anmeldung zur Bildgebung

MRI

Röntgen

CT

PATIENTENANGABEN

Frau Herr

Vorname

Name

Strasse + Nr

PLZ + Ort

Geburtsdatum

Telefon (mobil)

Telefon (privat)

Telefon (Geschäft)

VERSICHERUNG

Krankheit

Unfall

Krankenkasse

Mitglied Nr

UVG

Schaden Nr

TERMIN

Patient hat Termin

Patient bitte aufbieten

Datum

Uhrzeit

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Gewünschte Untersuchung

Klinischer Befund / Diagnose

Fragestellung

Allergien / Spezielles

Besonderes

Herzschrittmacher

Insulinpumpe

Neurostimulatoren

Metallsplitter

cerebrale Aneurysmaclips

Patient hat Platzangst

ZUWEISENDE PRAXIS

Name / Praxis

Strasse + Nr

E-Mail

PLZ + Ort

Telefon

Unterschrift

Datum

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte Formular sowie frühere Röntgenbilder per E-Mail an radiologie@klinik-gut.ch.