

# 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