



**ANMELDEFORMULAR RADIOLOGISCHE UNTERSUCHE HERISAU**

Patient/in aufbieten meldet sich

Untersuchungstermin:

Familienname:

lediger Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

PLZ/Ort:

**Kostenträger:**

Krankenkasse	Versicherung	SUVA	EMV	IV
--------------	--------------	------	-----	----

Genauere Bezeichnung der Adresse der Kasse/Versicherung:

Vers. Nr.:

Arbeitgeber:

Frühere Röntgenuntersuchungen? Klinischer Befund und Diagnose:

Fragestellung:

**Gewünschte Untersuchung:**

CT	Region:	Mammographie
MR	Region:	
Röntgen	Region:	

Bitte Bericht faxen an Fax-Nr.:  
Bitte Bericht per E-Mail an:  
Bilder per H-Net an:  
Bilder auf CD-Rom  
Keine Bilder erwünscht  
Bitte Kopie an:  
Bitte neue Anmeldeformulare senden

Klaustrophobie
Schwangerschaft/Stillen
Allergien
Hyperthyreose
Diabetes
Metformin
Antikoagulation
Metall-Fremdkörper
Piercing
Pacemaker
Neurostimulator
Insulinpumpe
Schmerzpumpe
Cochleaimplantat
Niereninsuffizienz
akt. Kreatinin

Datum:

Stempel und Unterschrift:

Name des Zuweisers: