



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: