Anmeldeformular medizinische Bildgebung

Personalien	Name:	Strasse:
	Vorname:	PLZ, Ort:
	Geburtsdatum:	Telefon:
	Geschlecht:	☐ M ☐ W ☐ Andere
	Kostenträger	
	☐ Krankenkasse ☐ Unfall ☐ Selbstzahler	
Versicherung:	Vers.-Nr.	

Auftragspezifische Angaben	Gewünschte Untersuchung / Behandlung
	☐ MRI ☐ CT ☐ Durchleuchtung ☐ Infiltration
	Region:
	Klinische Angaben, Fragestellung:
Allergien:	Implantate:
Kreatininwert:	Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein
☐ Patient anbieten	☐ Patient hat bereits einen Termin am:

Zuweiser	☐ Schnellbefund
	Bericht ☐ Portal ☐ E-Mail ☐ Post
	Bilddokumentation ☐ Portal ☐ CD ☐ keine
	Befundkopie an:
Datum:	Stempel & Unterschrift Ärztin/Arzt: