

Anmeldeformular medizinische Bildgebung

Personalien	Name:	Strasse:
	Vorname:	PLZ, Ort:
	Geburtsdatum:	Telefon:
	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Andere
	Kostenträger	
	<input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Selbstzahler	
Versicherung:	Vers.-Nr.	

Auftragspezifische Angaben	Gewünschte Untersuchung / Behandlung
	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Durchleuchtung <input type="checkbox"/> Infiltration
	Region:
	Klinische Angaben, Fragestellung:
Allergien:	Implantate:
Kreatininwert:	Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Patient anbieten	<input type="checkbox"/> Patient hat bereits einen Termin am:

Zuweiser	<input type="checkbox"/> Schnellbefund
	Bericht <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Post
	Bilddokumentation <input type="checkbox"/> Portal <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> keine
	Befundkopie an:
Datum:	Stempel & Unterschrift Ärztin/Arzt: