

Anmeldeformular medizinische Bildgebung

Personalien	Name:	Strasse:
	Vorname:	PLZ, Ort:
	Geburtsdatum:	Telefon:
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Divers	
	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"/> Infiltration	
	Region:	
	Klinische Angaben, Fragestellung:	
	Allergien:	Kreatininwert:
	Implantate: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
<input type="checkbox"/> Patient aufbieten	<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: