

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: | Stempel & Unterschrift Ärztin/Arzt: |