

Anmeldung

Patient hat Termin am: Patient aufbieten

Name Vorname
Strasse / Nr. PLZ / Ort
Geburtsdatum Tel. / Mobile
Krankenkasse / Mitglied Nr. UVG / Schaden Nr.

	MRI	CT	Röntgen	US	Mammo	DEXA
Gewünschte Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mit osteologischem Konsilium <input type="checkbox"/> ohne osteologisches Konsilium

Untersuchungsregion

Gewicht Kreatinin Platzangst

(Kontraindikationen MRI: Herzschrittmacher, Neurostimulatoren, Insulinpumpen, cerebrale Aneurysmaclips, Metallsplitter)

Klinischer Befund / Fragestellung

Allergien / Implantate Quick (Punktionen und Biopsie)

Dokumentation der Untersuchung auf CD Webportal
 Schnellbefund per Telefon / Fax / E-Mail
 Bitte senden Sie Anmeldeformulare

Datum Arzt (Stempel & Unterschrift)