

## 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)