

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
Diagnosezentrum Belmont	(1T offen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRI am Bahnhof	(3T)	<input type="checkbox"/>				
MRI nach Indikation (Entscheid Radiologie)		<input type="checkbox"/>				

Untersuchungsregion

Gewicht..... Kreatinin Platzangst

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

Klinischer Befund / Fragestellung (Blockschrift)

Allergien / Implantate Quick (Punktionen und Biopsie).....

Dokumentation der Untersuchung auf CD Webportal

Schnellbefund per Telefon / E-Mail

Bitte senden Sie Anmeldefomulare

Datum..... Arzt (Stempel & Unterschrift)