

ANMELDUNG RADIOLOGIE OENSINGEN

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:	PLZ/Ort	
Tel./Mobil:	AHV-Nr.:	
E-Mail:		
Gesetz:	Unfalldatum:	Kostenträger:
	Unfall-Nr.:	Karten-Nr.:
	Vers.-Nr.:	

<input type="checkbox"/> Patientin/Patient bitte aufbieten Terminwunsch bis spätestens:	Bestätigter Termin: Datum: Zeit:
---	-------------------------------------

Gewünschte Untersuchung: <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Dexa <input type="checkbox"/> Röntgen
--

Indikation / klinische Angaben:

 Fragestellung:

Schwangerschaft: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Kreatininwert:
--	----------------

Wichtig bei MRI (bitte ankreuzen): Pacemaker <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Allergie <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Klaustrophobie <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Kontrastmittel <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Tätowierungen < 6 Wochen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Befundkopie: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
--	--

Kontaktdaten verordnende Ärztin / verordnender Arzt (bitte vollständig ausfüllen bzw. Praxisstempel mit Unterschrift):

Datum

Stempel, Unterschrift (bei elektronischer Übermittlung nicht nötig)

 Tel. Fax
 GLN ZSR
 Email

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die Radiologie Oensingen.