

Anmeldung

Personalien:		
Name: _____	Vorname: _____	Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
Strasse: _____	PLZ/Ort: _____	Geb. Datum: _____
Tel. Privat: _____	Natel: _____	Geschäft: _____
<input type="checkbox"/> Krankheit / Versicherung: _____	Police-Nr.: _____	AVH Nr.: _____
<input type="checkbox"/> Unfall / Versicherung: _____	Unfall-Nr.: _____	Datum: _____

Termin: Bitte aufbieten Bereits vereinbart: _____ **Notfall** / bis spätestens: _____

Untersuchungsmethode	Region
<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Mammographie <input type="checkbox"/> mit Ultraschall <input type="checkbox"/> mit evt. FNP/Stanzbiopsie <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie (DEXA) <input type="checkbox"/> Anderes: _____	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Klinische Angaben/Fragestellung: Voruntersuchung (bitte dem Patienten mitgeben): <input type="checkbox"/> Ja, Institut: _____ Datum: _____ <input type="checkbox"/> Nein

CD und Befundzustellung erfolgt per Post. Zusätzlich gewünscht: <input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Telefonisch, Nr.: _____ Kopie an: _____

Datum: _____	Zuweiser Arzt (Stempel und Unterschrift)
--------------	--