

Anmeldung Radiologie

Radiologie | RX: T +41 55 418 52 43/CT: T +41 55 418 52 56 | radiologie@einsiedeln.ameos.ch

Zuweiser

Name/Vorname _____ E-Mail _____
Praxis/Klinik _____ Ort/Datum _____
Telefon _____

Patient/Patientin

Name _____ Geburtsdatum _____
Vorname _____ Telefon privat _____
Strasse/Nummer _____ Mobile _____
PLZ/Wohnort _____ Krankenkasse _____

Zeitpunkt notfallmässig baldmöglichst gelegentlich

Termin

Patient/in hat Termin am: _____ Bitte aufbieten

Diagnosen (ICD-10)

Mitteilung

Befundkopie an: _____

Computertomographie

Schädel _____
Thorax _____
Abdomen _____
Wirbelsäule _____
Sonstiges _____

Konventionelle Radiologie/Durchleuchtung

Thorax pa/lat _____
Abdomen _____
Skelett _____
Wirbelsäule _____
Sonstiges _____
Durchleuchtung _____

Zusätzliche Angaben

Quick _____ Datum _____
Thrombozyten _____ Datum _____
TSH _____ Datum _____
Kreatinin _____ Datum _____
Allergien _____
Schwangerschaft ja nein

Klinische Angaben

Indikation/Fragestellung

Bemerkungen
