

Anmeldung für ambulante Patienten

Anmeldung Tel. 041 399 29 00 / Fax 041 399 29 01

Radiologie
Chefarzt Dr. Alex Kaufmann

Name/Vorname	<input type="text"/>	Geb.- Datum	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	Tel. Priv.	<input type="text"/>
Plz/Ort	<input type="text"/>	Tel. Gesch.	<input type="text"/>
Kostenträger	<input type="text"/>	Krankheit	<input type="checkbox"/>
Arbeitgeber	<input type="text"/>	Unfall	<input type="checkbox"/>

Der Patient / die Patientin erklärt sich damit einverstanden, dass die Anmeldungs - Daten und der Befund elektronisch übermittelt werden. Ansonsten dürfen die Daten, gemäss Datenschutzgesetz, nicht elektronisch übermittelt werden.

<input type="checkbox"/> Nur Befund per Post	<input type="checkbox"/> Nur Befund per Telefax	Datum und Zeit der Untersuchung Zuweisender Arzt	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Befund und Bilder per Post			
<input type="checkbox"/> Befund per Telefax, Befund und Bilder per Post			
<input type="checkbox"/> Telefonischer Bericht			
<input type="checkbox"/> Befundkopie an _____		Tel. Nr.	

Klinische Angaben

Bei weiblichen Patientinnen: Ist die Patientin schwanger? Ja Nein

Für i.v. / i.a. Kontrastmittel – Unters. Allergien _____ Kreatinin _____

Andere Risikofaktoren (Schilddrüse, Diabetes, NSAR, etc.) _____

Für Interventionen Quick _____ Thrombo _____

Fragestellung

Gewünschte Untersuchung

- Bestmögliche Untersuchung nach Ermessen des Radiologen
-
- Bitte beigelegte Röntgenbilder scannen und/oder CD einlesen