

Anmeldung

Langenthal Zofingen

Bitte aufbieten

Telefonisch vereinbarter Termin _____

Personalien

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____ E-mail _____

Tel. Privat _____ Geschäft _____ Mobil _____

Krankheit Unfall, Datum _____

Kostenträger _____ Unfall-/Police-Nr. _____

Gewünschte Untersuchung

- MRI
- CT
- Röntgen
- Ultraschall
- DXA
- Mammografie diagnostisch
 - falls nötig mit US
 - falls nötig mit Stanzbiopsie
- Mammografie präventiv
 - falls nötig mit US

Untersuchungsregion

Klinische Angaben und Fragestellung

Risikofaktoren

	ja	nein		ja	nein
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bei CT · Kontrastmittelallergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei MRI · Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	· Hyperthyreose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
· Platzangst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	· Kreatininwert _____		
· Patient ist über 100 kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vom _____		

Resultat per Fax Telefon E-mail

Befundkopie an _____

Datum

Ärztin / Arzt
(Stempel, Unterschrift)