



Anmeldung zur radiologischen Diagnostik

Senden an:
CT – Anmeldung Tel 055 418 52 56
konventionelle Röntgenanmeldung 055 418 52 43
Fax 055 418 52 58

PatientIn **Abklärungsdatum** _____ notfallmässig
 Name _____ elektiv
 Vorname _____
 Adresse _____ Bitte PatientIn direkt aufbieten
 Geburtsdatum _____
 Krankenkasse _____
 Telefon _____

Radiologische Abklärungen

Computertomographie

- Schädel
- Thorax
- Abdomen
- Wirbelsäule _____
- sonstiges _____

Konventionelle Radiologie

- Thorax pa/lat
- Abdomen leer liegend
- Abdomen leer stehend
- Skelett
- _____

Zusätzliche Angaben	Datum
Quick _____	_____
Thrombozyten _____	_____
Kreatinin-Clearance _____	_____
Allergien _____	_____
Schwangerschaft _____	_____

Klinische Angaben

Indikation/Fragestellung

Zuweisender Arzt _____ **Einsiedeln, den** _____

Datum

- Telefonische Mitteilung erbeten
- CT-Bilder auf digitalem Medium (CD) CT-Bilder auf Röntgenfilm

Wird vom Röntgen ausgefüllt

- in Röntgenmappe eingetragen
- in Röntgenkartei eingetragen
- verrechnet
- Röntgenbild mitgegeben