



Anmeldung zur radiologischen Diagnostik

Nachbestellung Anmeldeformular _____ Stück

CT-Anmeldung Tel 055 418 52 56
konventionelle Röntgenanmeldung Tel 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