



Anmeldung zur kinderradiologischen Untersuchung

| | |
|--|--|
| Name | Vorname <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w |
| Geburtsdatum | Telefon Natel |
| Strasse | PLZ, Ort |
| Kostenträger (KK, UVG, IV) | Mitgl. / Unfall-Nr., Kostengutsprache IV |
| Wunschtermin (Sprechstunde: Dienstagvormittag und Notfalltermine nach Absprache) | |

Patient bitte aufbieten Patient meldet sich Termin schon vereinbart

Gewünschte Untersuchung:

Anamnese / Indikation:

Fragestellung:

Befundkopie an

Name

Str.

PLZ

Tel. Befundübermittlung

Dokumentation auf CD

Zusätzlicher A4-Papierausdruck

an

Bitte um pädiatrische Mitbeurteilung (Kaderarzt Pädiatrie) bei pathologischem Befund

Falls indiziert, bitte weitere bildgebende Untersuchung veranlassen

jeweils mit vorgängiger tel. Rücksprache mit mir
Tel.:

Stempel:

Datum:

Unterschrift