



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:

<input type="checkbox"/> Befundkopie an Name
Str.
PLZ

<input type="checkbox"/> Tel. Befundübermittlung <input type="checkbox"/> Dokumentation auf CD <input type="checkbox"/> Zusätzlicher A4-Papierausdruck an
<input type="checkbox"/> Bitte um pädiatrische Mitbeurteilung (Kaderarzt Pädiatrie) bei pathologischem Befund <input type="checkbox"/> Falls indiziert, bitte weitere bildgebende Untersuchung veranlassen <input type="checkbox"/> jeweils mit vorgängiger tel. Rücksprache mit mir Tel.:

Stempel:

Datum:

Unterschrift