

Radiologie

Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER
Burgfelderstrasse 101 | 4055 Basel | Schweiz
T +41 61 326 42 74 | F +41 61 326 42 77
roectmail-fps@usb.ch | felixplatter.ch



Anmeldung zur ambulanten radiologischen Untersuchung

Betrifft

Name	_____	m	w
Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Strasse/Nr.	_____	Zivilstand	_____
PLZ/Ort	_____	Beruf	_____
Telefon	_____		

Versichertenstatus	Krankheit	Unfall	IV	IV beantragt
Krankenkasse	_____			
Versicherten-Nr.	_____			

Anmeldung für

Computer-Tomographie	Ultraschall	konventionelles Röntgen
----------------------	-------------	-------------------------

Notwendige Angaben

schwanger	Allergien	Hyperthyreose	Isolation	Kreatinin _____ µmol/l
-----------	-----------	---------------	-----------	------------------------

Untersuchung

Klinische Diagnose

Anamnese und klinischer/neurologischer Befund

Aktuelle Fragestellung

Spezielle Wünsche

Termin _____ Zeit _____

Patient bringt zur Untersuchung Voraufnahmen mit _____

Organisatorische Wünsche	Befunde	CD mit Untersuchungsbilder	Bilder über H-Net
---------------------------------	---------	----------------------------	-------------------

Einweisender Arzt

Datum _____ Unterschrift des Arztes _____

Die Übermittlung des Formulars hängt vom Browser ab, den Sie verwenden. Sie können entweder direkt auf Senden klicken, oder Sie speichern das PDF ab und senden es mit einer E-Mail als Anhang an roectmail-fps@usb.ch