

**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	_____		

<b>Versichertenstatus</b>	Krankheit	Unfall	IV	IV beantragt
Krankenversicherung	_____			interkurrente Leistung z.L. der
Versicherten-Nr.	_____			Krankenversicherung

**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 \_\_\_\_\_

<b>Organisatorische Wünsche</b>	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