|  |
| --- |
| **Dringend - innerhalb von 5 Arbeitstagen**  **Normal – innerhalb von 7 bis 10 Arbeitstagen** |
| **Patient hat Termin am:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Röntgen-Anmeldung** | MRI | CT | Ultraschall | | | Röntgen | Mammographie | Interventionelle Radiologie | |
|  | | | | | | | | | | |
| **Zuweiser:** | | | | | | | | | | |
| Dr. med. / Spital: | | | | | Strasse, Nr. | | | | | |
| PLZ, Ort: | | | | | Telefon | | | | | |
| Name: | | | | | Vorname: | | | | |  |
| Geb. Datum (Tag, Monat Jahr): | | | | | Telefon Privat: | | | | | |
| Strasse: | | | | | Telefon Handy: | | | | | |
| PLZ/Ort: | | | | | Telefon Geschäft: | | | | | |
| **Kostenträger:**  Krankenkasse  Unfallversicherung  Selbstzahler | | | | | **Gewünschter Untersuch** | | | | | |
| **Name & Adresse Versicherung:**  Unfall-Nr./Versicherungs-Nr. | | | | |
| **Wichtig: Persönlicher Versicherungsausweis mitbringen!** | | | | | |
| **Anamnese:** | | | | | | | | | | |
| **Fragestellung:** | | | | | | | | | | |
| **Allergien / Implantate (z.B. Herzschrittmacher / ICD):** | | | | | | | | | | |
| **Serum-Kreatinin (für CT, MR, interventionelle Radiologie):** | | | | | | | | | | |
| **Ich wünsche folgende Befund-Dokumente:** | | | | | nur / zuzüglich CD | | | | | |
|  | | | | | Elektronische Bildübermittlung (H-Net) | | | | | |
| Befund faxen | | | | | |
| Befund per HIN-Mail (inkl. Link für die Bilder) | | | | | |
| Telefonische Mitteilung des Befundes erwünscht | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |
| **Datum** | | | | | | **Ärztin/Arzt (Stempel und Unterschrift):** | | | | |
| **Befundkopie an:** | | | | | | | | | | |

**Bitte Voruntersuchungen mitbringen!**