|  |
| --- |
| [ ]  **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!**