
ANMELDUNG ZUR UNTERSUCHUNG

- 64-Zeilen CT
- Ultraschall
- Digitales Röntgen
- Interventionelle Schmerztherapie

Patient/-in hat Termin am:

Patientenangaben:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Adresse:	Straße:
Telefon:	
KK/Versicherung:	
Arbeitgeber:	

Gewünschte Untersuchung:

Klinische Angaben:

Fragestellung:

Bitte Bilder von früheren Untersuchungen mitgeben.

Wünschen Sie:

- Befund mit Bildern
- Befund mit Daten-CD
- Befund ohne Bilder
- Tel. Bericht
- Kopie an:

Zuweisender Arzt:

Datum: