



Anmeldung zur Röntgen- / Ultraschalluntersuchung

Frau Dr. U. Wolfensberger, Chefärztin Radiologie Spital Zimmerberg (Mittwochnachmittag)

Patientenname: _____ Tel. Privat: _____

Strasse: _____ Tel. Geschäft: _____

PLZ/Wohnort: _____ Geb. Datum: _____

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Unfall | <input type="radio"/> Termin: Datum/Zeit: _____ |
| <input type="radio"/> Krankheit | <input type="radio"/> direkt aufbieten: _____ |

Gewünschte Untersuchung:

- Röntgen
- Ultraschall

Klinische Angaben und Fragestellung:

Bericht/Bildmaterial:

- Schnellbefund per Telefon (nur bei Ultraschall möglich)
- Keine Bilddokumentation, nur schriftlicher Befund zustellen
- Zustellung der Röntgenbilder per Post
- Zustellung CD per Post
- CD dem Patienten mitgeben
- Bericht per Fax

Zuweisender Arzt:

Datum

Unterschrift