



<u>Anmeldung für ambulante Patienten</u>		Name	Vorname
<input type="checkbox"/> MRT	Tel. 052 723 78 90 Fax 052 723 78 91	Geb.-Datum	Tel. Privat
<input type="checkbox"/> mit Arthrographie		Strasse	Tel. Geschäft
		PLZ	Ort
		<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
		Kostenträger	
		<input type="checkbox"/> keine Pflichtleistung der Krankenkasse	
e-mail sekretariat@rabag.ch		Terminwunsch nicht eingehaltene Termine werden verrechnet	
		<input type="checkbox"/> Normaltermin	<input type="checkbox"/> Dringlich (3-4 Tage)
		<input type="checkbox"/> Termin abgemacht	Datum: Zeit:
Klinische Angaben			
Fragestellung			
Gewünschte Untersuchung/-en			
Zusatzangaben für Kontrastmittelgabe			
<input type="checkbox"/> Allergien	Antikoaguliert	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Kreatinin (nur iv-KM)
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenaffektion	Schwangerschaft möglich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
letzter Untersuch gleicher Körperteil		Bilder mit Patient	Der/die Patient/in wurde von mir über die Untersuchung aufgeklärt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			Röntgenbilder beigefügt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MTRA	Arzt	Conrad-Nr.	Telefonischer Bericht erwünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
			CD zusenden (Dauer ca. 3 Arbeitstage) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besonderes		Befundkopie an	
		Arzt (Stempel und Unterschrift)	
		Datum	