



Zuweisung Radiologie / Nuklearmedizin Waid

Anmeldung für

Radiologie

- MRI
 CT
 Angio

- Ultraschall
 Röntgen

Nuklearmedizin

- Szintigraphie
 Knochendichtemes-
 sung/DEXA

- SPECT/CT
 Ultraschall der Schilddrüse
 Schilddrüsenprechstunde

Patientenangaben

- Frau Herr

Name

Vorname

Telefon

E-Mail

Strasse

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Arbeitgeber

Kostenträger (Krankenkasse/Unfallversicherung)

Versicherungsnummer

Versicherungsstatus Allgemein Halbprivat Privat

Gewünschte Untersuchung

Anamnese

Fragestellung

Bemerkungen

Allergien/Implantate

Patientin/Patient muss aufgeboten werden Patientin/Patient hat Termin am

Bitte senden Sie eine Befundkopie an

Bitte Voruntersuchungen mitbringen!

Labor

Kreatinin/Clearance

Quick/INR

Thrombozyten

TSH basal

Kontaktangaben Zuweiserin/ Zuweiser

Name

Vorname

Praxisname

E-Mail*

Telefon

Fax*

Strasse*

PLZ/Ort*

Datum

Unterschrift

*Nur bei Erstzuweisung notwendig