

Anmeldung

See-Spital Standort Horgen
 Radiologie
 Ursula Wolfensberger
 Asylstrasse 19, Postfach 280, CH-8810 Horgen 1
 ursula.wolfensberger@see-spital.ch
 www.see-spital.ch

Disposition Radiologie und Angiologie
 Tel (044) 728 19 10
 Fax (044) 728 19 05

Patientenname:	Geb.-Datum:
Strasse:	
PLZ / Wohnort	
Tel. Privat:	Tel. Geschäft:
<input type="checkbox"/> Termin Datum/Zeit:	
<input type="checkbox"/> Aufbieten	

<p>Gewünschte Untersuchung:</p> <p><input type="checkbox"/> Röntgen</p> <p><input type="checkbox"/> Computertomographie</p> <p><input type="checkbox"/> Ultraschall</p> <p><input type="checkbox"/> Mammographie</p> <p><input type="checkbox"/> Angiologisches Konsil (mittwochs)</p> <p><input type="checkbox"/> Andere</p>	<p>Bericht:</p> <p><input type="checkbox"/> Schnellbefund per Tel.</p> <p><input type="checkbox"/> Befund nur per Fax.</p> <p><input type="checkbox"/> Befund per Fax und Originalbrief</p> <p><input type="checkbox"/> Keine Bilddokumentation</p> <p><input type="checkbox"/> Bilder mitgeben</p> <p><input type="checkbox"/> Zustellung per Post (ca. 5 Tage)</p>
<p><i>Klinische Angaben und Fragestellung:</i></p>	
	<p>Ja/Nein</p> <p>Schwangerschaft <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Allergien <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Kreatinin-Wert für </p> <p>Computertomographie (CT)</p>
<p>Bitte Vorbilder mitgeben oder schicken!</p>	

Zuweisender Arzt: Stempel, Datum und Unterschrift