

Anmeldung

Disposition Radiologie und Angiologie

Fr. Dr. U. Wolfensberger: *Chefärztin Radiologie*

Dr. P. Haesler, *Konsiliararzt Angiologie (mittwochs)*

Tel (044) 728 19 10

Fax (044) 728 19 05

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

Gewünschte Untersuchung:

- Röntgen
- Computertomographie
- Ultraschall
- Mammographie
- Andere
- Angiologisches Konsil (mittwochs)

Bericht:

- Schnellbefund per Tel. oder Fax.
- Ich benötige *keine* Bilddokumentation, nur schriftlicher Befund zustellen
- Zustellung der Bilddokumentation per Post (Wartezeit bis zu 5 Tagen)

Klinische Angaben und Fragestellung:

	Ja/Nein
	Schwangerschaft <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Allergien <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Bitte Vorbilder mitgeben oder schicken!

Zuweisender Arzt: Stempel, Datum und Unterschrift