

Anmeldung Diagnostik (MRI · CT)

Angaben zum Patienten

Name		Strasse
Vorname		PLZ/Ort
Geburtsdatum	<input type="checkbox"/> w* <input type="checkbox"/> m*	Tel. Privat/Mobil
Arbeitgeber/in		Krankenkasse andere

* Erfragung des biologischen Geschlechts, da dieses für Diagnose und Behandlung relevant sein kann.

Angaben zur Anmeldung

Datum Uhrzeit

Art

War die/der Patient/in schon früher bei uns?

Detailinformationen

Körpergewicht (kg) Creatinin

Platzangst Herzschrittmacher

Schwangerschaft

Allergien

MRI

CT

Klin. Befund/
Diagnose

ICD Code

Fragestellung

Beh. Arzt/Ärztin <input type="text"/>	Sonstige <input type="text"/>
Einw. Arzt/Ärztin <input type="text"/>	Datum <input type="text"/>
Hausarzt/-ärztin <input type="text"/>	Signatur <input type="text"/>

Bilddokumentation gewünscht

Kontakt bei Fragen und Informationen

Telefon +423 235 44 17

Fax +423 235 45 44

radiologetermin@landesspital.li

Bitte senden Sie das Formular per E-Mail an: radiologetermin@landesspital.li