

ANMELDUNG SZINTIGRAFIE UND/ODER RSO**PATIENTENDATEN**

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon / Fax

Kostenträger:

 Privat Selbstzahler Kasse

Wunschtermin: _____

KLINISCHE ANGABEN

Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Kontrastmittelallergie bekannt? ja neinGerinnungshemmer? ja nein

gewünschte Untersuchung/Fragestellung

Bemerkungen

ÄRZTIN/ARZT

Name

Krankenhaus

Station

Telefon

Fax

Voruntersuchungen

Diagnosen

Medikamente

Gelenke zur RSO

Unterschrift