



# RÖNTGENINSTITUT OERLIKON

Regensbergstrasse 89

8050 Zürich

Anmeldungen unter:

Tel.: 044 311 28 90

Mail: roentgen-oerlikon@hin.ch

Fax: 044 311 28 40

Online: www.roentgen-oerlikon.ch

## Priorität

Notfall:

Dringlich:

Elektiv:

## Personalien

Name: ..... Vorname: .....

Geb. Dat.: ..... M  W

Strasse: ..... PLZ / Ort: .....

Telefon Privat: ..... Telefon Gesch.: ..... Natel: .....

## Kostenträger

Krankheit:

Unfall:

Versicherung: .....

Mitgliedsnummer: .....

## Untersuchungsmethode

konv. Röntgen - digital:

Ultraschall / Duplex:

Mammografie:

DXA - Knochendichte:

MRT

Klaustrophobie?   
 Implantate - Fremkörper?   
 Allergie - Asthma?   
 schwere Niereninsuffizienz?   
 Kreatinin: .....

CT

Allergie (Jod) - Asthma?   
 Nierenfunktionsstörung?   
 Kreatinin: .....

bildgest. Schmerztherapie:

Gerinnungsstörung?   
 INR / Quick: .....

## Region

## klinische Angaben / Indikation

## Fragestellung

## Terminierung

Pat. bitte aufbieten:

Pat. meldet sich:

Pat. hat Termin:

am: .....

## Bilddokumentation

CD / DVD:

Papierausdruck:

Film:

## Express - Bericht

FAX:

Telefon:

E-Mail:

an: .....@hin.ch

## Ihre Daten

Datum - Stempel - Unterschrift:

## Sonstiges

Bitte senden Sie neue Anmeldebögen:

## Befundkopie

Bitte senden an: .....