

Die im Text verwendete Form gilt für Angehörige des weiblichen und männlichen Geschlechts

## Anmeldung Diagnostik (MRI / CT)

Patient*in	
Name: _____	Tel. Privat: _____
Vorname: _____	Tel. Mobil: _____
Geburtsdatum: _____ <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Tel. Geschäft: _____
Strasse: _____	Arbeitgeber: _____
PLZ/Ort: _____	PLZ/Ort: _____
Anmeldung	
<b>Untersuchungsdatum:</b> _____	Zeit: _____ Uhr <input type="checkbox"/> Amb. <input type="checkbox"/> Stat. Tag(e) _____
War die/der Patient*in schon früher bei uns? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> Selbstzahler*in <input type="checkbox"/> mit Begleitung	
<b>Kostenstelle:</b> <input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Innere Medizin <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Ophthal. <input type="checkbox"/> Gynäkologie	
<b>Versicherung:</b> <input type="checkbox"/> Concordia <input type="checkbox"/> FKB <input type="checkbox"/> Intras <input type="checkbox"/> Swica <input type="checkbox"/> Andere: _____	
Diagnostik	Beh. Arzt/Ärztin:
<input type="checkbox"/> MRI _____	_____
<input type="checkbox"/> CT _____	_____
Körpergewicht _____ kg	Creatinin: _____
Platzangst: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Herzschrittmacher: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Allergie: _____
<b>Klinischer Befund oder Diagnose:</b> _____	
<b>Fragestellung:</b> _____	
Bericht	
<input type="checkbox"/> Beh. Arzt/Ärztin: _____	<input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin: _____
<input type="checkbox"/> Einw. Arzt/Ärztin: _____	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____

Bilddokumentation gewünscht:  Ja  Nein

Bitte senden an Fax-Nr.: +423 235 45 43 oder E-Mail: [radiologetermin@landesspital.li](mailto:radiologetermin@landesspital.li)

Datum \_\_\_\_\_ Arzt/Ärztin (Stempel und Unterschrift): \_\_\_\_\_