

Röntgeninstitut

Tel 061 685 82 85
Fax 061 685 85 79
roentgen@claraspital.ch

St. Claraspital
Kleinriedenstrasse 30
Postfach
4016 Basel
www.claraspital.ch

Patienten ID

Anmeldung Röntgenuntersuchung

Gewünschte Untersuchung:

Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt:

Unterschrift:

Telefon/Sucher:

Fragestellung:

Berichtkopie an:

Vereinbarter Untersuchungstermin:

Datum:

Zeit:

Klinische Angaben:

Interventionen:

Quick: %

Thrombozyten: 10⁹/L

Kontrastmittel iv.-Untersuchungen:

Kreatinin: mol/L Körpergewicht: kg

Gewünschte Dokumentation (unbedingt ausfüllen):

- Ich wünsche keine Bilder, nur den schriftlichen Befund
- Ich wünsche die Dokumentation auf hochwertigem Papierausdruck
- Ich wünsche die Dokumentation auf CD
- Ich wünsche eine Auswahl der wichtigsten Bilder einer CT-/MRI-Untersuchung zur Dokumentation auf einem hochwertigen Papierausdruck («Summary»)