

Ref.: FO-2784
Version: 5
Prozess: 3.3.11.1 Allgemein

Anmeldung Röntgenuntersuchung

Visp / Brig Tel : **027 / 604 21 60**

Patient Daten:

Anrede:
Name:
Geb. :
Adres. :
Tel. Nr.:

Zeitpunkt der geplanten Untersuchung (Termin) : Datum: Zeit:

Frühere Röntgenuntersuchung? welche:
Nein Ja wann: wo:

Allergie: Kreatinin:

Schwangerschaft: Nein Ja Letzte Menses:

Unterschrift der Patientin: Datum:

Gewünschte Untersuchung: Krankheit Unfall

Klinische Angaben / Fragestellung:

Zuweisender Arzt Tel.Nr.: