

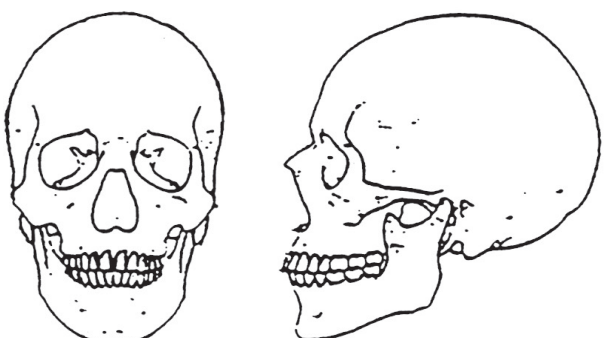


Anmeldung für radiologische Untersuchungen

Laufweg

Intern	<input type="checkbox"/> Rechnung: Auftraggeber (Klinik) → Patient/in → Radiologie → Röntgenkasse → Auftraggeber
	<input type="checkbox"/> Vorauszahlung: Auftraggeber (Tagdienst) → Patient/in → Röntgenkasse → Radiologie → Röntgenkasse → Auftraggeber

Personalien Patienten-Nr. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Selbstzahler/in	<input type="checkbox"/> Sozialamt
<input type="checkbox"/> Frau / <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> KVG	<input type="checkbox"/> Asylbewerber
Nachname:	<input type="checkbox"/> UVG/IV/MV	<input type="checkbox"/> Rechnung an Klinik
Vorname:	<input type="checkbox"/> Ergänzungsleist. zur AHV/IV	
Strasse:	Geburtsdatum (Tag.Monat.Jahr) ____ . ____ . ____	
PLZ/Ort	Telefon Privat: _____	
	Telefon Geschäft: _____	
	Mobiltelefon: _____	

Gewünschte Untersuchung									
<input type="checkbox"/> intraorales Röntgen <table style="border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">R</td> <td style="padding: 2px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="padding: 2px;">L</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;"></td> <td style="padding: 2px;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 2px;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	R	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	L		8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8		<input type="checkbox"/> Bissflügel <input type="checkbox"/> Aufbiss Oberkiefer <input type="checkbox"/> Aufbiss Unterkiefer <input type="checkbox"/> OPT <input type="checkbox"/> Fernröntgen seitlich <input type="checkbox"/> weitere Aufnahmen: _____
R	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	L						
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8							
									
<input type="checkbox"/> DVT Antrag (mit Befund) <input type="checkbox"/> DVT Auftrag (ohne Befund) <i>Bitte gewünschten Bereich in Front- und Seitenansicht der Grafik einzeichnen</i>									
DVT Gerät: <input type="checkbox"/> 3D Accuitomo 170 <input type="checkbox"/> KaVo 3D eXam <input type="checkbox"/> Sirona Ortophos SL 3D <input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> low dose <input type="checkbox"/> high res									
<input type="checkbox"/> mit Bissperre	<input type="checkbox"/> CD an Patienten <input type="checkbox"/> CD an Zuweiser								

Fragestellung/Klinische Angaben	Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Terminvereinbarung	
<input type="checkbox"/> Patient bitte aufbieten	<input type="checkbox"/> Patient hat einen Termin Datum: _____ Uhrzeit: _____
Datum: _____	Auftraggeber: – Stempel – Klinik (ZZM) – Kürzel Vitodent (ZZM) – Unterschrift
	Vermerk Kasse: