



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
	<input type="checkbox"/> Interne Umbuchung Studie: Auftraggeber (Klinik) → Radiologie → Auftraggeber

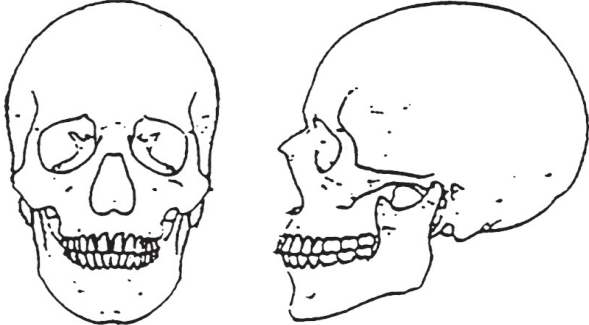
Personalien Patienten-Nr. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Selbstzahler/in	<input type="checkbox"/> Sozialamt
<input type="checkbox"/> Frau / <input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> KVG	<input type="checkbox"/> Asylbewerber
	<input type="checkbox"/> UVG/IV/MV	<input type="checkbox"/>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

Gewünschte Untersuchung

Intraorales Röntgen
 Bissflügel
 OPT
 Halbseiten-OPT
 Quadrant-OPT
 Aufbiss Oberkiefer
 Aufbiss Unterkiefer
 Fernröntgen seitlich
 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	

bitte einzeichnen

 <p style="text-align: center;">bitte einzeichnen</p>	<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"/> Standard <input type="checkbox"/> High Fidelity <input type="checkbox"/> High Resolution <input type="checkbox"/> High Speed	
<input type="checkbox"/> Sirona Axeos <input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> low dose <input type="checkbox"/> high res	

<input type="checkbox"/> mit Bissperre	<input type="checkbox"/> inkl. Kiefergelenk	<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 – Kürzel Vitodent (ZZM) – Unterschrift – Klinik (ZZM)
	Vermerk Kasse: