

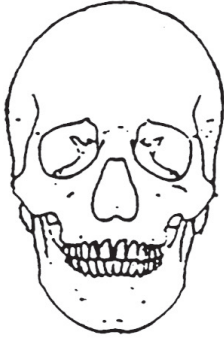
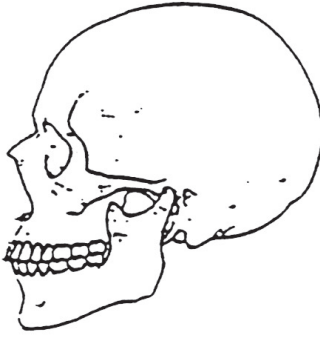


## Anmeldung für radiologische Untersuchungen

### Laufweg

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

<b>Personalien</b> 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: _____	

Gewünschte Untersuchung									
<input type="checkbox"/> <b>intraorales Röntgen</b>	<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: _____								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">R</td> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td style="text-align: center;">L</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">8 7 6 5 4 3 2 1</td> <td style="border-left: 1px solid black; text-align: center;">1 2 3 4 5 6 7 8</td> <td></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"/> <b>DVT Antrag (mit Befund)</b> <input type="checkbox"/> <b>DVT Auftrag (ohne Befund)</b> <i>Bitte gewünschten Bereich in Front- und Seitenansicht der Grafik einzeichnen</i>
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							
<div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>									
<b>DVT Gerät:</b> <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: _____	<b>Auftraggeber:</b> – Stempel – Klinik (ZZM) – Kürzel Vitodent (ZZM) – Unterschrift
	<b>Vermerk Kasse:</b>