

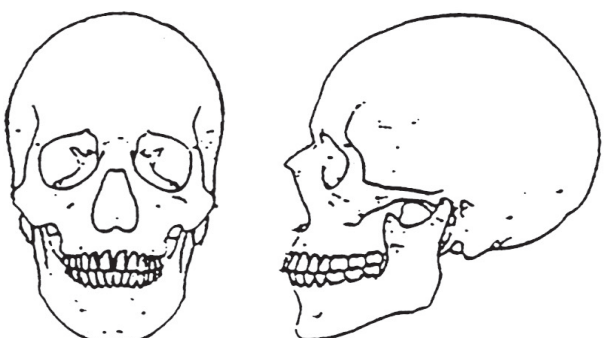


Anmeldung für radiologische Untersuchungen

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

Gewünschte Untersuchung																																						
<input type="checkbox"/> intraorales Röntgen	<input type="checkbox"/> Bissflügel	<input type="checkbox"/> Aufbiss Oberkiefer																																				
<input type="checkbox"/> OPT	<input type="checkbox"/> Fernröntgen seitlich	<input type="checkbox"/> Aufbiss Unterkiefer																																				
<input type="checkbox"/> weitere Aufnahmen:	_____																																					
<table border="1"> <tr> <td>R</td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td> <td>L</td> </tr> <tr> <td></td> <td>8</td><td>7</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td><td>3</td><td>2</td><td>1</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>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"/> DVT Antrag (mit Befund) <input type="checkbox"/> DVT Auftrag (ohne Befund) <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																						
	DVT Gerät: <input type="checkbox"/> 3D Accuitomo 170 <input type="checkbox"/> KaVo 3D eXam <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"/> 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: