



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
	<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"/> intraorales Röntgen	<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:	_____		

	<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"/> 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: