



Anmeldung für radiologische Untersuchungen

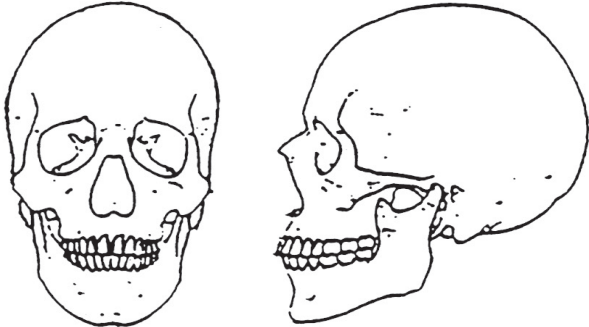
Laufweg

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"/> OPT <input type="checkbox"/> Halbseiten-OPT <input type="checkbox"/> Quadrant-OPT <input type="checkbox"/> Aufbiss Oberkiefer <input type="checkbox"/> Aufbiss Unterkiefer <input type="checkbox"/> Fernröntgen seitlich <input type="checkbox"/> Weitere Aufnahmen: _____	<table border="1"> <tr> <td style="font-size: 2em;">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 style="border: none;"> </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 style="font-size: 2em;">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 style="border: none;"> </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> <p>bitte einzeichnen</p>	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	
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																						

 <p>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 Axelos <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 – Klinik (ZZM) – Kürzel Vitodent (ZZM) – Unterschrift
	Vermerk Kasse: