



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:	
<input type="checkbox"/> Studie, Studienname:		

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 style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border: none; padding: 0 5px;">R</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">8</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">7</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">6</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">5</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">4</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">3</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">2</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">1</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;"> </td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">1</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">2</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">3</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">4</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">5</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">6</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">7</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">8</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">L</td> </tr> <tr> <td style="border: none; padding: 0 5px;"></td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">8</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">7</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">6</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">5</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">4</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">3</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">2</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">1</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;"> </td> <td style="border: none; padding: 0 5px;">1</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">2</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">3</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">4</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">5</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">6</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">7</td><td style="border: none; padding: 0 5px;">8</td> <td style="border: none; padding: 0 5px;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">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																						

		<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>
bitte einzeichnen		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 – Kürzel Vitodent (ZZM) – Unterschrift – Klinik (ZZM)
	Vermerk Kasse: