|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldung Röntgen und Sonographie****Reha Rheinfelden** **Röntgen**Salinenstrasse 98CH-4310 RheinfeldenTelefon +41 (0)61 836 52 60Fax +41 (0)61 836 52 69E-Mail roentgen@reha-rhf.ch[www.reha-rheinfelden.ch](http://www.reha-rheinfelden.ch) |       |
|  |
| **Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:** |
| Name |       [ ] w [ ] m | Geburtsdatum |       |
| Vorname |       | Telefon-Nr. |       |
| Adresse |       | Versicherer |       |
| PLZ, Ort |       | Vers.- / Unfall-Nr. |       |
| Krankenkasse:      | Sektion:      | Ausweis Nr.:      |
| Unfallversicherung, Unfall-Nummer:      | Arbeitgeber:      |
|  |  |
| **BITTE KRANKENKASSENAUSWEIS UND VORAUFNAHMEN MITBRINGEN!** |
|  |
| **Gewünschte Untersuchung** |
| [ ]  | **Röntgendiagnostik** |
|  | Region:       |
| [ ]  | **Sonographie** |
|  | Region:       |
| **Anamnese, klinische Angaben und Fragestellungen**      |
|  |
| **Notwendige Aufgaben** |
| Schwangerschaft | [ ]  | Nein | [ ]  | Ja | Datum letzte Menstruation:       |
| Implantate, Fremdkörper: | [ ]  | Nein | [ ]  | Ja | Was?       |
| [ ]  | Untersuchungstermin | Datum: |       | Zeit: |       |
| [ ]  | Kontrolltermin beim Zuweiser | Datum: |       | Zeit: |       |
|  |
| [ ]  | Patient bitte aufbieten | **Berichterstattung** |
| [ ]  | Patient meldet sich selbst an | [ ]  | Per Telefon: |       |
|  |  | [ ]  | Per Fax: |       |
|  |  | [ ]  | Per E-Mail: |       |
|  |  | [ ]  | Berichtskopie an: |       |
|  |
| Datum:       | **Zuweiser**:ZSR-Nr.PLZ / OrtTelefon / FaxE-MailUnterschrift / Stempel |       |