RÖNTGENINSTITUT
RODIAG
DIAGNOSTIC CENTERS

KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

Zentrum für medizinische Radiologie
Röntgeninstitut in der Klinik Seeschau
Anmeldung

Name _____ Geburtsdatum _____ Krankenkasse _____
Vorname _____ Tel. Privat _____ Unfallversicherung _____
Adresse _____ Mobil _____ Sektion _____
PLZ _____ E-Mail _____ Unfalldatum/Nr. _____
Ort _____ ○ M ○ W ○ Krankheit ○ Unfall

Anamnese, klinische Befunde:

Fragestellung: _____

○ Bitte Patient aufbieten ○ dringend
○ Patient hat Termin am _____ ○ nicht dringend

Hinweis an Patienten: Ihr Termin ist uns wichtig und deshalb verbindlich. Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, uns spätestens 24 Std. vorher zu benachrichtigen. RODIAG behält sich vor, bei unentschuldigter Absenz einen Unkostenbeitrag zu erheben.

Gewünschte Aufnahme, Untersuchung (Region Spezialuntersuchung usw.) Schwangerschaft: ○ Ja ○ Nein

_____

☐ Digitale Radiographie
☐ Untersuchung nach Ermessen des Radiologen

☐ Computertomographie

JA	NEIN	
○	○	Nierenfunktionsstörung ggf. Kreatinin*: _____
○	○	Schilddrüsenüberfunktion ggf. TSH: _____
○	○	KM – Allergie (Iod)
○	○	DM mit Metformin-Medikation

☐ Infiltrationen/Arthrographie

JA	NEIN	
○	○	Gerinnungsstörungen ggf. Quick/INR: _____
○	○	Antikoag. Med. (Marcoumar, ASS, Ticlopidin etc.)

* Bei fehlendem Kreatinin-Wert (< 7 Tage) besteht die Möglichkeit, den Krea-Wert am Institut bestimmen zu lassen.

Wichtige Information: Bild- und Befund sind jederzeit auch online über unser Zuweiserportal portal.rodiag.ch abrufbar. Für Ihre Patienten stehen die Bilder zudem jederzeit über das Patientenportal zur Verfügung.

Bilddokumentation als: ☐ CD ☐ Film
Schnellbericht erwünscht als: ☐ Telefon ☐ E-Mail
Befundkopie an:

_____ Datum _____

_____

☐ Bitte senden Sie Anmeldeformulare Unterschrift _____

Stempel

Bernrainstrasse 17 (in der Klinik Seeschau)
8280 Kreuzlingen

Telefon 058 401 16 70 / 0800 440 005
Fax 058 401 16 79 / 0800 990 105

kreuzlingen@rodiag.ch
www.rodiag.ch

Drucken Senden