

Bethesda Spital AG
Gellerstrasse 144
4052 Basel

Abteilung Radiologie
Tel. +41 61 315 22 77
radiologie@bethesda-spital.ch

Chefarzt Radiologie
PD Dr. med. E. Kirsch

Chefärztin Mammadiagnostik
Dr. med. Pia Trabucco

Fachärzte für Radiologie
Dr. med. Vassilios Pegios
Dr. med. Robert Bolt

Personalien Patient/in

Name: Vorname:
Strasse/Nr.: PLZ/Ort:
Telefon Privat/Mobile: Telefon Geschäft:
Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich
Krankenkasse: Mitgliednummer.:
Unfall/Policennummer:

Termin am: **um:**

Patient/in aufbieten

Gewünschte Untersuchung

<input type="checkbox"/> Magnetresonanz (MRI)	<input type="checkbox"/> Computertomographie
<input type="checkbox"/> Klaustrophobie	<input type="checkbox"/> Kreatinin vom
<input type="checkbox"/> Pacemaker	<input type="checkbox"/> Allergie
<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung
<input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik	<input type="checkbox"/> Myelographie
<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Biopsie
<input type="checkbox"/> Ultraschall/Duplex-Sonographie	<input type="checkbox"/> Drahtlokalisation
<input type="checkbox"/> Andere Untersuchungen	

Region:

Klinische Angaben/Fragestellung

Befundübermittlung

..... Telefonisch auf CD mitgeben
..... Per Email auf Kopie an:
Bemerkungen:

Absender-Informationen

Praxis-Adresse:
Ort/Datum: Name/Vorname:
Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen