



m i n i m a l e Strahlendosis – m a x i m a l e Diagnose !

Per Fax: 031 381 5656

Per Telefon: 031 381 5555
Per E-Mail: info@vtzbe.ch

Anmeldung zur Volumen Tomografie

(sämtliche Daten werden streng vertraulich behandelt)

Patientendaten:

(oder Adresskleber)

Name, Vorname:
Strasse:
PLZ/Ort:
Geburtsdatum:
Tel. / Mobile:

Patient bitte aufbieten hat Termin am:

Tarif privat Unfall Krankheit **dringend**

Gewünschte Untersuchung / klinische Angaben:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fragestellung:

.....
.....
.....
.....
.....

Ausgabe: A4-Fotodruck (Standard) CD-R (Dicom 3)

Name der/des zuweisenden Ärztin/Arztes: (oder Stempel)

.....
.....
.....

Unterschrift:

Telefon/Sucher: bitte neue Formulare senden