

Radiologisches Zentrum Meise – Dr. J. R. Schoysman
Nieuwelaan 47 – 1860 Meise
Tel: 02 / 270 00 72 – GSM: 0497 / 540 977

Antragsformular für eine Untersuchung der medizinischen Bildgebung (Art. 17 und 17bis des Verzeichnisses der Gesundheitsleistungen (NPS))

Pro klinische Fragestellung ist ein separates Antragsformular erforderlich

Identifikation des Patienten (ausfüllen oder Klebevignette der Krankenkasse)

Name:	Vorname(n):
Geburtsdatum:	
Geschlecht	☐ Männlich ☐ Weiblich

Relevante klinische Informationen

--

Erläuterung der diagnostischen Fragestellung

--

Zusätzliche relevante Informationen

☐ Allergie	☐ Diabetes	☐ Niereninsuffizienz	☐ Schwangerschaft	☐ Implantat
☐ Sonstiges:				

Vorgeschlagene Untersuchung(en)

--

Frühere vorgeschlagene Untersuchung(en) im Zusammenhang mit der diagnostischen Fragestellung

☐ CT	☐ MRT	☐ RX	☐ Ultraschall	☐ Sonstiges:	☐ Unbekannt
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------

Stempel des verschreibenden Arztes *

Datum:	Stempel:
Unterschrift:	