

Reha Rheinfelden  
Röntgen  
Salinenstrasse 98  
CH-4310 Rheinfelden Rheinfelden

Telefon + 41 (0)61 836 52 60  
Fax + 41 (0)61 836 52 69

www.reha-rheinfelden.ch

Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:

Name	<input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> m	Geburtsdatum
Vorname		Tel. P
Adresse		Tel. G
PLZ, Ort		Tel. Mobil
Krankenkasse:	Sektion:	Ausweis Nr.:
Unfallversicherung, Unfall-Nummer:	Arbeitgeber:	

**Bitte Krankenkassenausweis und Voraufnahmen mitbringen!**

**Gewünschte Untersuchung**

<input type="checkbox"/> Röntgendiagnostik Region
<input type="checkbox"/> Sonographie Region
<b>Anamnese, klinische Angaben und Fragestellungen</b>

**Notwendige Angaben**

Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: Datum letzte Menstruation:
Implantate, Fremdkörper:	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja: Was?
<input type="checkbox"/> Untersuchungstermin:	<b>Datum:</b>	<b>Zeit:</b>
<input type="checkbox"/> Kontrolltermin beim Zuweiser:	<b>Datum:</b>	<b>Zeit:</b>
<b>Berichterstattung</b>		
<input type="checkbox"/> Patient bitte aufbieten	<input type="checkbox"/> Per Telefon:	
<input type="checkbox"/> Patient meldet sich selbst an	<input type="checkbox"/> Per Fax:	
	<input type="checkbox"/> Per E-Mail:	
	<input type="checkbox"/> Berichtskopie an:	

Ort, Datum

**Zuweiser:**  
ZSR-Nr.:  
PLZ / Ort:  
Telefon / Fax:  
Email:  
Unterschrift / Stempel