



---

## **Anmeldung zur Untersuchung**

**Patient/-in hat Termin am:**

- Rheumatologische Behandlung
- Ultraschall
- Röntgen
- DXA-Osteodensitometrie
- Chirotherapie
- 

### **Patientenangaben:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ Plz/Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

---

### **Gewünschte Untersuchung:**

### **Klinische Angaben:**

### **Fragestellung:**

---

Bitte Bilder von früheren Untersuchungen mitgeben.

Mit Bitte um:

- Rückruf
- E-Mail
- Befundbericht
- Kopie an:

**Zuweisender Arzt:**

**Datum:**