

Untersuchungstermin:

Anmeldung:
0316/ 322580

Kostenträger:

Überweisung
CT/MR-Zentrum
Graz Geidorf

CT

Computertomographie-Institut Dr. G. Porsch Univ.-Prof. Dr. G. Ranner *Alle Kassen*
Kreuzgasse 35, 8010 Graz Anmeldung: Tel.: 0316/32 25 80 od. 331-3564 Fax: 0316/32 25 80-14
www.ctmrzentrumgraz.at *Kurzwahlruf: 0316/3077*

Patient:

Familienname

Vorname

Versicherungsnummer

□□□□	□□	□□	□□
	Tag	Monat	Jahr

Zuweisungsdiagnose/Fragestellung/Symptomatik:

Anschrift:

Multislice (Mehrschicht)- Spiral- Computertomographie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schädel | <input type="checkbox"/> Oberbauch/Retroperitoneum |
| <input type="checkbox"/> Sella | <input type="checkbox"/> Becken |
| <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäule/Segmente |
| <input type="checkbox"/> Pyramiden | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hals | <input type="checkbox"/> CT-Angiographie/Region |
| <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> HR-Thorax | _____ |
| <input type="checkbox"/> Extremitäten/Region | <input type="checkbox"/> Coronar-CT-Angiographie |
| | <input type="checkbox"/> Dental - CT |
| <input type="checkbox"/> virtuelle Koloskopie | <input type="checkbox"/> CT-gez. Wurzelblockade |

Versicherter (nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist):

□□□□	□□	□□	□□
	Tag	Monat	Jahr

Unterschrift des Patienten

Ich bin mit der digitalen Befund- u. Bildübermittlung an behandelnde Ärzte einverstanden.

Dokumentations CD gewünscht: Ja

Untersuchung durch:

Allfällig notwendige Genehmigung
des Kostenträgers: (Stempel)

Zuweisender Arzt:

Datum, Unterschrift und Stempel

Datum, Unterschrift und Stempel

LAGEPLAN

GRAZ



CT/MR - Zentrum
Graz Geidorf

Computertomographie Institut

Dr. Günter Porsch – Univ.-Prof. Dr. Gerhard Ranner

8010 Graz, Kreuzgasse 35

Anmeldung: 0316 / 322580

Fax: 0316 / 322580-14

e-mail: ct@ctmrzentrumgraz.at

GVB-Autobuslinien 31

