



DIAGNOSTICUM

Röntgenambulatorium Gersthofer Strasse

MR/CT
NUK/
MED

ZUWEISUNG

Zuweisende Stelle/Stampiglie

Patient:

Zuweisender Arzt:

Geb.Dat.: Gew.: kg. M W

.....

Adresse:

DW:

.....

Sig.:

Gewünschte Körperregion:

Untersuchungstermin:

.....

.....

Kurzanamnese:

Voruntersuchungen:

Wir ersuchen höflichst, mit dem Patienten die **Krankengeschichte**, die **Röntgenbilder** und wenn vorhanden, die einschlägigen **Ultraschall-** und **Computertomographiebilder** zu unserer Einsichtnahme mitzusenden. Die Unterlagen sind für eine freie Befundung und Planung äusserst wichtig und werden prompt durch den Patienten retourniert. **Um exaktes Einhalten des Termines wird gebeten.**

Ihre gezielte Verdachtsdiagnose:

- Herzschrittmacher
- Insulinpumpe
- Metallsplitter
- Intracranielle Gefässclipse

Prim. Dr. H. P. Sochor •

• Univ. Prof. Dr. H. Sochor

Gersthoferstraße 16 • A-1180 Wien

Nukl.Med. 470 86 26 DW 27 • MR/CT 470 86 26 DW 28/29 • Fax: 470 86 26 DW 9

Mo - Do 8.00 - 17.30 • Fr 8.00 - 16.00 u.n. Voranmeldung