

## Anmeldeformular

### ZAP-X – Evaluation & Behandlung

|                              |   |                           |
|------------------------------|---|---------------------------|
| Personalien                  | Name:   | Strasse:                  |
|                              | Vorname:  | PLZ, Ort:                 |
|                              | Geburtsdatum:   | Telefon:                  |
|                              | Kostenträger<br><input type="checkbox"/> Krankenkasse <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Selbstzahler |                           |
|                              | Versicherung:   | Vers.-Nr.                 |
| Patientenspezifische Angaben | Bereits bestehende radiologische Voruntersuchungen:   |                           |
|                              | Klinische Angaben:  |                           |
|                              |   |                           |
|                              |   |                           |
|                              | Bemerkungen:  |                           |
| Zuweiser                     | <input type="checkbox"/> Patient für eine Sprechstunde aufbieten  |                           |
|                              | <input type="checkbox"/> Patient hat bereits einen Sprechstundentermin am:  |                           |
| Zuweiser                     | Berichtskopie an:   |                           |
|                              | Datum:  | Anmeldende/r Ärztin/Arzt: |

*Falls vorhanden, bitten wir Sie um die Zustellung aktueller Berichte und Bildgebungen.*