

WAHLARZT

GKK für	BKK der	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9		
---------	---------	---------------------	--	---------------------	-----------------------------------	---	--	--

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

CT-Zuweisung

Diese Zuweisung ist 1 Monat,
vom Ausstellungstage an gerechnet, gültig.

ACHTUNG:

Um eine ordnungsgemäße Untersuchung zu gewährleisten, ist das Formular **vollständig in allen Rubriken** auszufüllen.

CT-UNTERSUCHUNG

Zu untersuchende Region
(möglichst **exakte** Abgrenzung!):

Familienname(n)	Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient			Tag	Monat	Jahr
Anschritt					
Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist)			Tag	Monat	Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)					

Klinische Symptomatik: _____

Konkrete Fragestellung: _____

Bereits erhobene Befunde: _____

(Nur vom untersuchenden Arzt auszufüllen)

Angabe des für die Untersuchung
erforderlichen Kontrastmittels _____
Mengenangabe: _____ ml

Besondere Vermerke: _____

Wien, _____

Wien, _____

Wien, _____

Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes

Genehmigungsvermerk der Krankenkasse

Stempel und Unterschrift der CT-Einrichtung