

	ÖGK		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

ACHTUNG:

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

CT-UNTERSUCHUNG

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

Familienname	Vorname	Versicherungsnummer			
Patient/in			Tag	Monat	Jahr
Anschrift					
Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)			Tag	Monat	Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)					

Klinische Symptomatik:

Konkrete Fragestellung:

Bereits erhobene Befunde:

(Nur von der/dem untersuchenden Ärztin/Arzt auszufüllen)

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

Besondere Vermerke:

Datum _____

Datum _____

Datum _____

Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes

Genehmigungsvermerk

Stempel und Unterschrift der CT-Einrichtung