

Anmeldung zur CT-Untersuchung

Behandlungsdatum

Patientenadresse (Etikette)

Gewünschte CT-Untersuchung

---

---

---

Datum

Stempel/Unterschrift des/r überweisenden Arztes/Ärztin

Klinische Angaben oder Diagnose

Unfalldatum

---

Besondere Fragestellung

---

---

---

DLP (mGy/ cm)

---

