Bitte senden Sie uns die Anmeldung bequem per E-Mail [**med.amb.bss@spital.so.ch**](mailto:med.amb.bss@spital.so.ch) zu.

**Anmeldung**

Anmeldung für eine sonographische Untersuchung

Medizinisches Ambulatorium / Bürgerspital Solothurn

Telefon: +41 (0) 32 627 33 26

E-Mail: med.amb.bss@spital.so.ch

www.solothurnerspitaeler.ch

**\*Pflichtfelder** Datum:Klicken oder tippen Sie, um ein Datum einzugeben.

**Zuweisende/r Arzt / Ärztin**

\*Anschrift (Name, Klinik, Adresse):

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

\*Telefon:Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Fax: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

E-Mail: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Angaben Patient / Patientin**

\*Name: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. \*Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

\*Geburtsdatum: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. \*Telefon: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

\*Strasse, Nr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. \*PLZ, Wohnort: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Kostenträger: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. Allg. Privat  ½ Privat  Privatsprechstunde

|  |
| --- |
| \*Gewünschte Untersuchung:  Wählen Sie ein Element aus.  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| \*Fragestellung:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| \*Klinische Angaben:  Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

Dringlichkeit:  Regulär (sobald als möglich)

Dringend, **bitte zeitgleich telefonische Anmeldung** (Tel. 032 627 33 26)

Dolmetscher erforderlich  Sprache Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Befundzustellung Wählen Sie ein Element aus.