

BESTELLFORMULAR RADIOLOGIE KLINIK BIRSHOF

HIRSLANDEN KLINIK BIRSHOF
MARKETING
REINACHERSTRASSE 28
CH-4142 MÜNCHENSTEIN

T +41 61 335 25 05
F +41 61 335 25 07
birshof.marketing@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch/birshof

Angaben zur Praxis

Praxisstempel/Versandinformationen

Praxis

Name.....

Vorname.....

Strasse

PLZ/Ort

Telefon

Email

DOKUMENTE DER RADIOLOGIE KLINIK BIRSHOF

Gerne bestellen wir folgende Dokumente der Radiologie Klinik Birshof für unsere Praxis.

Anzahl	Dokumentenbezeichnung
--------	-----------------------

- | | |
|--------------------------------------|---|
| Blatt | Formular für die radiologische Untersuchung, Nr. 855 349 |
| <input type="checkbox"/> (per Email) | Word-Dokument, Formular für die radiologische Untersuchung |
| <input type="checkbox"/> (per Email) | PDF-Dokument, Formular für die radiologische Untersuchung |
| Stk | Flyer Info zur Magnetresonanztomographie, Nr. 855 982 |
| Stk | Flyer Info und Einwilligung zur Buscopan®-Verabreichung, Nr. 855 985 |
| Stk | Flyer Info und Einwilligung zur Computertomographie und Kontrastmittelgabe, Nr. 855 983 |
| Stk | Flyer Information und Einwilligung zur Dormicum-Verabreichung, Nr. 855 984 |
| Stk | Ärzteverzeichnis Hirslanden Klinik Birshof |

Bemerkungen.....
.....

Ort/Datum..... Praxisstempel und Unterschrift.....