

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraussetzungen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name _____	<input type="checkbox"/> amb.	<input type="checkbox"/> stat.	Station: _____
Vorname _____	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Strasse, Nr. _____	Gesetzlicher Vertreter _____		
PLZ, Ort _____	Tel. Privat/Mobile _____		
Geb. Dat. _____	Tel. Geschäft _____		

Patient aufbieten

Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr

Kostenträger Krankheit Unfall

Krankenkasse: _____ Vers.-Nr. / AHV-Nr.: _____

Unfallversicherung: _____ Unfall-Nr.: _____ Unfalldatum: _____

Gewünschte Untersuchung

MRI Intervention / Punktion Durchleuchtung

CT Ultraschall bestmögliche Untersuchungsmethode

Röntgen Mammographie

Region: _____

Klinische Angaben und Fragestellung:	Bitte leer lassen

Erforderliche Angaben

Allergien: _____ Schwangerschaft bekannt

Blutverdünnung / Medikament: _____ Patientin stillt

MRI

Platzangst ja nein | Neurostimulator ja nein | Insulin- / Schmerzpumpe / Anderes ja nein

Herzschrittmacher ja nein | Innenohrimplantat ja nein | Metallfremdkörper / Implantate ja nein

MRI / CT	Intervention / Punktion	
Kreatinin- / GFR-Wert: _____	Quick- / INR-Wert: _____	Thrombozytenzahl: _____
vom: _____	vom: _____	vom: _____

Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input type="checkbox"/> Bildportal / VueMotion	Datum: _____
<input type="checkbox"/> Fax / Nr.: _____	<input type="checkbox"/> CD	Stempel / Unterschrift
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund / Nr: _____	<input type="checkbox"/> Papier	
<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> Röntgenfilm	
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden	<input type="checkbox"/> keine	
Befundkopie an: _____		

Bitte nur Vorderseite faxen: +41 41 785 80 39

ANFAHRTSPLAN

