

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 Röntgen Mammographie
 CT Ultraschall bestmögliche Untersuchungsmethode

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

- HIN-Mail: _____ Bildportal/VueMotion
 Fax/Nr.: _____ Papier CD keine
 Tel. Schnellbefund/Nr: _____
 Post
 Bitte neue Anmeldeformulare zusenden
Befundkopie an: _____

Datum: _____

Stempel/Unterschrift

Bitte nur Vorderseite faxen: +41 52 266 17 99

ANFAHRTSPLAN

