

Name _____	
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 3T Ultraschall Röntgen

CT Mammographie 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: _____
vom: _____	vom: _____
	Thrombozytenzahl: _____
	vom: _____

Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input checked="" 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: _____		

ANFAHRTSPLAN

