

<b>Name</b>	_____	
<b>Vorname</b>	_____	<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.- / AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Unfallversicherung: \_\_\_\_\_ Unfall-Nr.: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchung**

MRI                                       Intervention / Punktion                       bestmögliche Untersuchungsmethode

CT     Ultraschall

Röntgen                                       Mammografie

**Region:** \_\_\_\_\_

<b>Klinische Angaben und Fragestellung:</b>	<b>Bitte leer lassen</b>

**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

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

<b>Befund</b>	<b>Bilddokumentation</b>	<b>Zuweisender Arzt</b>
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion	Datum: _____
<input type="checkbox"/> Fax / Nr.: _____	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papier	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; width: 100%; height: 100%; margin: 0 auto;"></div> <p>Stempel / Unterschrift</p>
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____	<input type="checkbox"/> keine	
<input type="checkbox"/> Post		
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden		
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		

