

# ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name		
Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	
Strasse, Nr.	Gesetzlicher Vertreter _____	
PLZ, Ort	Telefonnummer _____	
Geb. Dat.	Mailadresse _____	

<input type="checkbox"/> Patient aufbieten <input type="checkbox"/> Patient hat Termin am: _____	Zeit: _____ Uhr
---	-----------------

<b>Kostenträger</b>	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> Unfall
Krankenkasse:	Vers.-Nr. / AHV-Nr.: _____	
Unfallversicherung:	Unfall-Nr.:	Datum: _____

<b>Gewünschte Untersuchung</b>		
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Intervention / Punktion
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> bestmögliche Untersuchungsmethode
<input type="checkbox"/> Arthro	<input type="checkbox"/> Infiltration	
<b>Region:</b> _____		

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

<b>Erforderliche Angaben</b>		
<input type="checkbox"/> Allergien: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt	
<input type="checkbox"/> Blutverdünnung / Medikament: _____	<input type="checkbox"/> Patientin stillt	
<b>MRI</b>		
Platzangst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Neurostimulator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Insulin-/Schmerzpumpe/Anderes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Herzschriftmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Innenohrimplantat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Metallfremdkörper / Implantate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>MRI / CT</b>		
GFR-Wert: vom:	Kreatinin-Wert: vom:	<b>Intervention / Punktion</b> Quick-/INR-Wert: vom:

<b>Befund</b>	<b>Bilddokumentation</b>	<b>Zuweisender Arzt</b>
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____ <input type="checkbox"/> Fax/Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden Befundkopie an: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal / VueMotion	Datum: <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: right;">Stempel / Unterschrift</div>

Bitte nur Vorderseite mailen: sihlcity@rimed.ch

Die Einwilligung des Patienten, der Patientin, in die Verarbeitung und Aufbewahrung der Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes liegt vor. Diese beinhaltet auch die zweckgerichtete Weitergabe der Daten an Dritte.

## ANFAHRTSPLAN

