

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraussetzungen 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		

☐ Patient aufbieten

☐ Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr

Kostenträger ☐ Krankheit ☐ Unfall

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

Unfallversicherung: _____ Unfall-Nr.: _____ Datum: _____

Gewünschte Untersuchung

<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	

Region: _____

Klinische Angaben und Fragestellung:	Bitte leer lassen

Erforderliche Angaben

<input type="checkbox"/> Allergien: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt
<input type="checkbox"/> Blutverdünnung / Medikament: _____	<input type="checkbox"/> Patientin stillt

MRI

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
Herzschrittmacher <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

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

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

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

