

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Bitte nur Vorderseite mailen: bern@rimed.ch

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			
Kostenträger	<input type="checkbox"/> Krankheit	<input type="checkbox"/> 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"/> Durchleuchtung	
<input type="checkbox"/> Myelografie	<input type="checkbox"/> OPT	<input type="checkbox"/> bestmögliche Untersuchungsmethode	
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	
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	
MRI/CT		Intervention/Punktion	
GFR-Wert: vom:	Kreatinin-Wert vom:	Quick-/INR-Wert: vom:	
Befund		Bilddokumentation	
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion		
<input type="checkbox"/> Fax/Nr.: _____			
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____			
<input type="checkbox"/> Post			
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden			
Befundkopie an: _____			
Zuweisender Arzt Datum: _____ Stempel/Unterschrift			

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

ANFAHRTSPLAN

