

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name _____	
Vorname _____	☐ weiblich ☐ 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.: _____ 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
GFR-Wert: _____	Quick-/INR-Wert: _____
vom: _____	vom: _____
Kreatinin-Wert: _____	
vom: _____	

Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt
☐ HIN-Mail: _____	☒ Bildportal / VueMotion	Datum: _____
☐ Fax / Nr.: _____		Stempel / Unterschrift
☐ Tel. Schnellbefund / Nr: _____		
☐ Post		
☐ Bitte neue Anmeldeformulare zusenden		
Befundkopie an: _____		

Bitte nur Vorderseite mailen: oerlikon@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

