

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name: _____	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich				
Vorname: _____	Gesetzlicher Vertreter: _____				
Strasse, Nr.: _____	Telefonnummer: _____				
PLZ, Ort: _____	Mailadresse: _____				
Geb. Dat.: _____					
<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.: _____ Unfalldatum: _____					
Gewünschte Untersuchung <input type="checkbox"/> MRI 3T <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Upright/offenes MRI: Multiposition <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> bestmögliche Untersuchungsmethode <input type="checkbox"/> Upright/offenes MRI: Standard (z.B. bei Platzangst) <input type="checkbox"/> DEXA <input type="checkbox"/> Intervention/Punktion					
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 GFR-Wert: _____ vom: _____ Kreatinin-Wert: _____ vom: _____ Quick-/INR-Wert: _____ vom: _____					
Befund <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: _____		Bilddokumentation <input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion		Zuweisender Arzt Datum: _____ <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">Stempel/Unterschrift</div>	

Bitte nur Vorderseite mailen: altstetten@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

