

# ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

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

☐ Patient anbieten

☐ Patient hat Termin am: \_\_\_\_\_ Zeit: \_\_\_\_\_ Uhr

**Kostenträger**   ☐ Krankheit   ☐ 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: <b>Multiposition</b>	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> bestmögliche Untersuchungsmethode
<input type="checkbox"/> Upright/offenes MRI: <b>Standard</b> (z.B. bei Platzangst)	<input type="checkbox"/> DEXA	<input type="checkbox"/> Intervention/Punktion

**Region:** \_\_\_\_\_

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

**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

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

<b>Befund</b>	<b>Bilddokumentation</b>	<b>Zuweisender Arzt</b>
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion	Datum: _____
<input type="checkbox"/> Fax/Nr.: _____		<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             Stempel/Unterschrift           </div>
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr: _____		
<input type="checkbox"/> Post		
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden		
Befundkopie an: _____		

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.

