

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen 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

☐ MRI ☐ Intervention / Punktion ☐ bestmögliche Untersuchungsmethode

☐ CT ☐ Ultraschall

☐ Röntgen ☐ Mammografie

Region: _____

Klinische Angaben und Fragestellung:	Bitte leer lassen
---	--------------------------

Erforderliche Angaben

☐ Allergien: _____ ☐ Schwangerschaft bekannt

☐ Blutverdünnung / Medikament: _____ ☐ 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:	Kreatinin-Wert:
vom: _____	vom: _____

Intervention/Punktion

Quick-/INR-Wert:

vom: _____

Befund

☐ HIN-Mail: _____

☐ Fax / Nr.: _____

☐ Tel. Schnellbefund / Nr: _____

☐ Post

☐ Bitte neue Anmeldeformulare zusenden

Befundkopie an: _____

Bilddokumentation

☒ Bildportal/VueMotion

Zuweisender Arzt

Datum: _____

Stempel/Unterschrift

Bitte nur Vorderseite mailen: silberturm@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

