

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.: | Datum: _____ |

| | | |
|----------------------------------|--|--|
| Gewünschte Untersuchung | | |
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> Intervention / Punktion | <input type="checkbox"/> bestmögliche Untersuchungsmethode |
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> Ultraschall | |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Mammografie | |
| 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 | | |
| GFR-Wert: vom: | Kreatinin-Wert: vom: | Intervention / Punktion Quick-/INR-Wert: vom: |

| | | |
|---|--|-------------------------|
| Befund | Bilddokumentation | Zuweisender Arzt |
| <input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____ | <input checked="" type="checkbox"/> Bildportal / VueMotion | Datum: |
| <input type="checkbox"/> Fax/Nr.: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund / Nr.: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Post | | |
| <input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden | | |
| Befundkopie an: _____ | | Stempel / Unterschrift |

Bitte nur Vorderseite mailen: zug@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

