

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Röntgeninstitut Lindberg AG

Schickstrasse 11
8400 Winterthur, Schweiz

Tel. +41 52 266 18 00

Fax +41 52 266 17 99

lindberg@rimed.ch

www.rimed.ch

Name	<input type="checkbox"/> amb.	<input type="checkbox"/> stat.	Station: _____
Vorname	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Strasse, Nr.	Gesetzlicher Vertreter _____		
PLZ, Ort	Tel. Privat/Mobile _____		
Geb. Dat.	Tel. Geschäft _____		

<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	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Mammographie
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> bestmögliche Untersuchungsmethode
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	Intervention/Punktion	
Kreatinin-/GFR-Wert: vom:	Quick-/INR-Wert: vom:	Thrombozytenzahl: 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"/> Papier <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> keine	
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____		
<input type="checkbox"/> Post		
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden		
Befundkopie an:		Stempel/Unterschrift

ANFAHRTSPLAN

