

Name		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Vorname		Gesetzlicher Vertreter	
Strasse, Nr.			
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 3T	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Röntgen
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Mammographie	<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"/> CD	
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____	<input type="checkbox"/> Papier	
<input type="checkbox"/> Post	<input type="checkbox"/> Röntgenfilm	
<input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden	<input type="checkbox"/> keine	
Befundkopie an: _____		Stempel/Unterschrift

ANFAHRTSPLAN

