

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

Patient aufbieten

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

**Kostenträger**  Krankheit  Unfall

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr. / AHV-Nr.: \_\_\_\_\_

Unfallversicherung: \_\_\_\_\_ Unfall-Nr.: \_\_\_\_\_ Unfalldatum: \_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchung**

MRI 3T  Ultraschall  Röntgen

CT  Mammographie  bestmögliche Untersuchungsmethode

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

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

**Erforderliche Angaben**

Allergien: \_\_\_\_\_  Schwangerschaft bekannt

Blutverdünnung/Medikament: \_\_\_\_\_  Patientin stillt

**MRI**

Platzangst  ja  nein | Neurostimulator  ja  nein | Insulin-/Schmerzpumpe/Anderes  ja  nein

Herzschrittmacher  ja  nein | Innenohrimplantat  ja  nein | Metallfremdkörper/Implantate  ja  nein

<b>MRI/CT</b>	<b>Intervention/Punktion</b>
Kreatinin-/GFR-Wert: _____	Quick-/INR-Wert: _____
vom: _____	Thrombozytenzahl: _____
	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.: _____	<input type="checkbox"/> CD	Stempel/Unterschrift
<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: _____		

## ANFAHRTSPLAN

