

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraussetzungen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

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 _____		

Patient aufbieten
 Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr

Kostenträger Krankheit Unfall
Krankenkasse: _____ Vers.-Nr. / AHV-Nr.: _____
Unfallversicherung: _____ Unfall-Nr.: _____ Unfalldatum: _____

Gewünschte Untersuchung

MRI Intervention/Punktion Durchleuchtung/Angiographie
 CT Ultraschall bestmögliche Untersuchungsmethode
 Röntgen Mammographie

Region: _____

Klinische Angaben und Fragestellung:	Bitte leer lassen

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

MRI/CT	Intervention/Punktion	
Kreatinin-/GFR-Wert:	Quick-/INR-Wert:	Thrombozytenzahl:
vom: _____	vom: _____	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	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: _____		

Bitte nur Vorderseite faxen: +41 41 819 60 48

ANFAHRTSPLAN

