

<p>Name _____</p> <p>Vorname _____ <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich</p> <p>Strasse, Nr. _____ Gesetzlicher Vertreter _____</p> <p>PLZ, Ort _____ Tel. Privat/Mobile _____</p> <p>Geb. Dat. _____ Tel. Geschäft _____</p>										
<p><input type="checkbox"/> Patient aufbieten</p> <p><input type="checkbox"/> Patient hat Termin am: _____ Zeit: _____ Uhr</p>										
<p>Kostenträger <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall</p> <p>Krankenkasse: _____ Vers.- / AHV-Nr.: _____</p> <p>Unfallversicherung: _____ Unfall-Nr.: _____ Datum: _____</p>										
<p>Gewünschte Untersuchung</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> MRI</td> <td><input type="checkbox"/> Intervention / Punktion</td> <td><input type="checkbox"/> bestmögliche Untersuchungsmethode</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CT</td> <td><input type="checkbox"/> Ultraschall</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Röntgen</td> <td><input type="checkbox"/> Mammografie</td> <td></td> </tr> </table> <p>Region: _____</p>		<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	
<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									
<p>Klinische Angaben und Fragestellung:</p> <p>Bitte leer lassen</p>										
<p>Erforderliche Angaben</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Allergien: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blutverdünnung/Medikament: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Patientin stillt</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Allergien: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt	<input type="checkbox"/> Blutverdünnung/Medikament: _____	<input type="checkbox"/> Patientin stillt					
<input type="checkbox"/> Allergien: _____	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt									
<input type="checkbox"/> Blutverdünnung/Medikament: _____	<input type="checkbox"/> Patientin stillt									
<p>MRI</p> <table> <tr> <td>Platzangst <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Neurostimulator <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Insulin-/Schmerzpumpe/Anderes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> <tr> <td>Herzschriftmacher <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Innenohrimplantat <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> <td>Metallfremdkörper/Implantate <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</td> </tr> </table>		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			
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								
<table> <tr> <td>MRI/CT</td> <td>Intervention/Punktion</td> </tr> <tr> <td>Kreatinin-/GFR-Wert: vom: _____</td> <td>Quick-/INR-Wert: vom: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Thrombozytenzahl: vom: _____</td> </tr> </table>		MRI/CT	Intervention/Punktion	Kreatinin-/GFR-Wert: vom: _____	Quick-/INR-Wert: vom: _____		Thrombozytenzahl: vom: _____			
MRI/CT	Intervention/Punktion									
Kreatinin-/GFR-Wert: vom: _____	Quick-/INR-Wert: vom: _____									
	Thrombozytenzahl: vom: _____									
<table> <tr> <td>Befund</td> <td>Bilddokumentation</td> <td>Zuweisender Arzt</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____ <input type="checkbox"/> Fax / Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____ </td> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> keine </td> <td> Datum: _____  <p>Stempel / Unterschrift</p> </td> </tr> </table>		Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt	<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____ <input type="checkbox"/> Fax / Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> keine	Datum: _____  <p>Stempel / Unterschrift</p>			
Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt								
<input type="checkbox"/> HIN-Mail: _____ <input type="checkbox"/> Fax / Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Bitte neue Anmeldeformulare zusenden <input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> Papier <input type="checkbox"/> keine	Datum: _____  <p>Stempel / Unterschrift</p>								

