

Name	_____	
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.- / AHV-Nr.: _____

Unfallversicherung: _____ Unfall-Nr.: _____ Unfalldatum: _____

Gewünschte Untersuchung

MRI 3T Ultraschall Röntgen

CT Mammographie bestmögliche Untersuchungsmethode

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: _____
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	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	
<input type="checkbox"/> Befundkopie an: _____		