

ANMELDUNG

Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.

Name			
Vorname			☐ weiblich ☐ männlich
Strasse, Nr.			
PLZ, Ort			
Geb. Dat.			
	Gesetzlicher Vertreter		
	Tel. Privat/Mobile		
	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 ☐ DEXA

☐ CT ☐ Ultraschall ☐ bestmögliche Untersuchungsmethode

☐ Röntgen

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
☐ HIN-Mail: _____	☒ Bildportal / VueMotion	Datum: _____
☐ Fax / Nr.: _____	☐ CD	Stempel / Unterschrift
☐ Tel. Schnellbefund / Nr: _____	☐ Papier	
☐ Post	☐ Röntgenfilm	
☐ Bitte neue Anmeldeformulare zusenden	☐ keine	
Befundkopie an: _____		

Bitte nur Vorderseite faxen: +41 43 222 60 80

ANFAHRTSPLAN

