

## Anmeldung Radiologie und Nuklearmedizin

Name	Telefon	
Vorname	Telefon	
Strasse, Nr	E-Mail	
PLZ, Ort	Geburtsdatum	Geschlecht

Dringlichkeit  Routine  Heute  Patient anbieten  Patient hat Termin am: \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ h

Grund  Krankheit  Unfall  Vorsorge/Screening

<b>Kostenträger</b>	Fall-Nr.	/ Fall-Datum	VeKa-Nr.
Versicherung			
Arbeitgeber			

**Gewünschte Untersuchung**

<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> Intervention/Punktion	<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Dexa
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Durchleuchtung	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin
<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Bestmögliche Untersuchungsmethode	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	

**Region**

**Klinische Angaben**

**Fragestellung**

**Erforderliche Angaben**

<input type="checkbox"/> Allergien:	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt
<input type="checkbox"/> Blutverdünner/Medikament:	<input type="checkbox"/> Patientin stillt
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion TSH	<input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Diabetes

**MRI**

Platzangst <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Neurostimulator <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Insulin-/Schmerzpumpe <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Herzschrittmacher <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Innenohrimplantat <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Metallfremdkörper/Implantate <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Anderes

<b>MRI/CT/KM</b>	<b>Intervention/Punktion</b>	Bei Risikopatienten ohne Wert erfolgt Bestimmung durch uns.
Kreatinin-/GFR-Wert vom	Quick-/INR-Wert vom	Thrombozytenzahl vom

<b>Befund</b>	<b>Bilddokumentation</b>	<b>Zuweisender Arzt</b>
<input type="checkbox"/> HIN-Mail	<input type="checkbox"/> Keine	
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund	<input type="checkbox"/> Internet	
<input type="checkbox"/> Post		
Befundkopie an:		
	Tel.	Fax
	GLN	ZSR
	Datum	
Voraufnahmen <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <b>Bitte alle Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.</b>		

**Elektronische Übermittlung**

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung.