

Anmeldung

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

Dringlichkeit Routine Notfall Wunschtermin am: _____ um _____ h

Grund Krankheit Unfall Vorsorge/Screening

Kostenträger	Fall-Nr.	/ Fall-Datum	VeKa-Nr.
Versicherung			
Arbeitgeber			

Gewünschte Untersuchung

Röntgen Ultraschall CT Mammographie
 Intervention/Punktion/Schmerztherapie Dexa Bestmögliche Untersuchungsmethode

Region

Klinische Angaben

Fragestellung

Besondere Angaben

Allergien: Schwangerschaft bekannt
 Blutverdünner/Medikament: Patientin stillt
 Schilddrüsenüberfunktion TSH Nierenfunktionsstörung Diabetes

CT/KM Bei Risikopatienten ohne Wert erfolgt Bestimmung durch uns.

Kreatinin-/GFR-Wert vom _____ Thrombozytenzahl vom _____

Voraufnahmen Ja Nein **Bitte alle Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.**

Befund	Bilddokumentation	Zuweisender Arzt
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund <input type="checkbox"/> HIN-Mail <input type="checkbox"/> Post Befundkopie an:	<input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Keine	Tel. _____ GLN _____ Datum _____
		Fax _____ ZSR _____

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das gewählte Radiologie-Institut.