



Anmeldung

Name		Vorname	
Strasse		PLZ / Ort	
Geburtsdatum	Geschlecht	AHV-Nr.	
Telefon			
Versicherung		Gesetz	Fall-/Unfall-Datum
		Vers.-Nr.	

Anamnese/klinische Befunde

Fragestellung:

Bitte Patient aufbieten

Patient hat Termin am _____ um _____ Dringend: Ja Nein

Hinweis an Patienten: ihr Termin ist uns wichtig und deshalb verbindlich. Im Verhinderungsfall bitten wir Sie, uns spätestens 24 Stunden vorher zu benachrichtigen. RODIAG behält sich vor, bei unentschuldigter Absenz einen Unkostenbeitrag zu erheben.

Gewünschte Aufnahme/Untersuchung (Region Spezialuntersuchung usw.)

Schwanger: Ja Nein

<input type="checkbox"/> Digitale Mammographie	<input type="checkbox"/> Digitale Radiographie	<input type="checkbox"/> DXA-Osteodensitometrie
<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Durchleuchtung	<input type="checkbox"/> Herzdiagnostik
<input type="checkbox"/> Untersuchung n. E. des Radiologen		

<input type="checkbox"/> Magnetresonanztomographie Ja Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/> Schrittmacher, Neurostimulat., Insulinpumpen, etc. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Klaustrophobie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Niereninsuffizienz (GFR<30ml/min) ggf. Kreatinin: <input type="radio"/> <input type="radio"/> KM - Allergie (Gadolinium)	<input type="checkbox"/> Computertomographie Ja Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nierenfunktionsstörung ggf. Kreatinin: <input type="radio"/> <input type="radio"/> Schilddrüsenüberfunktion ggf. TSH: <input type="radio"/> <input type="radio"/> KM - Allergie (Iod) <input type="radio"/> <input type="radio"/> DM mit Metformin-Medikation	<input type="checkbox"/> Infiltrationen/Arthrographie Ja Nein <input type="radio"/> <input type="radio"/> Gerinnungsstörungen ggf. Quick/INR: <input type="radio"/> <input type="radio"/> Antikoag. Med. (Marcoumar, ASS, Ticlopidin, etc.)
---	--	---

Die Einwilligung des Patienten in die Verarbeitung und Aufbewahrung der Daten im Sinne des Datenschutzgesetzes liegt vor. Diese beinhaltet auch die ziel- und zweckgerichtete Weitergabe der Daten an Dritte.

Bilddokumentation erwünscht als: CD Film CD & Film mit relevanten Befunden Bilder Patienten mitgeben

Schnellbericht erwünscht als: Fax Telefon E-Mail

Befundkopie (Adresse, Mail, Tel., Fax, GLN, ZSR) _____ Datum _____ Arzt/Ärztin (Adresse, Mail, Tel., Fax, GLN, ZSR) _____

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das gewählte RODIAG Diagnostic Center.