

<b>Name</b>	<input type="checkbox"/> amb. <input type="checkbox"/> stat. Station:
<b>Vorname</b>	Gesetzlicher Vertreter
Strasse, Nr	
PLZ, Ort	
Geb.datum	Geschlecht
AHV-Nr.	Patienten-ID
	Telefon
	Mailadresse

<input type="checkbox"/> Bitte Patient aufbieten			
<input type="checkbox"/> Patient hat Termin am:	Zeit:	Uhr	

<b>Kostenträger</b>	Versicherung
Vers.-Nr.	
Unfall-Nr.	Unfall-Datum

<b>Gewünschte Untersuchung</b>	Durchgestrichene Untersuchungen sind am ausgewählten Standort nicht verfügbar.		
<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> MRI 3T	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Myelografie
<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Ultraschall
<input type="checkbox"/> Upright/offenes MRI: <b>Multiposition</b>		<input type="checkbox"/> Intervention/Punktion	<input type="checkbox"/> DEXA
<input type="checkbox"/> Upright/offenes MRI: <b>Standard</b> (z.B. bei Platzangst)		<input type="checkbox"/> Durchleuchtung	<input type="checkbox"/> Infiltration
<input type="checkbox"/> Bestmögliche Untersuchungsmethode		<input type="checkbox"/> OPT	<input type="checkbox"/> Arthro
<b>Region:</b>			

<b>Klinische Angaben und Fragestellungen:</b>	<b>Bitte leer lassen</b>

<b>Erforderliche Angaben</b>	
<input type="checkbox"/> Allergien:	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft bekannt
<input type="checkbox"/> Blutverdünner/Medikament:	<input type="checkbox"/> Patientin stillt

<b>MRI</b>					
Platzangst	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Neurostimulator	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Insulin-/Schmerzpumpe/Anderes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Innenohrimplantat	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Metallfremdkörper/Implantate	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

<b>MRI/CT</b>	<b>Intervention/Punktion</b>
GFR-Wert:	Quick-/INR-Wert:
vom:	vom:
Kreatinin-Wert:	
vom:	

<b>Befund</b>	<b>Bilddokumentation</b>	<b>Zuweisender Arzt</b>
<input type="checkbox"/> HIN-Mail:	<input type="checkbox"/> Bildportal/VueMotion	
<input type="checkbox"/> Fax/Nr.:		
<input type="checkbox"/> Tel. Schnellbefund/Nr.		
<input type="checkbox"/> Post		
Befundkopie an:		
	Tel.	Fax
	Mail	
	GLN	ZSR
	Datum:	
<b>Bitte sämtliche Voraufnahmen dem Patienten mitgeben oder uns vorgängig zustellen.</b>		

<b>Elektronische Übermittlung</b>	
Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das gewählte Radiologie-Institut.	